Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Enjeux – perspectives – balises régionales

Québec

Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Enjeux – perspectives – balises régionales

Mars 2005

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

106-06171/

Ce document est une production du
secteur de la planification et du développement stratégique
Direction des ressources humaines, information
et planification
Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux de Montréal

Note : Le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Intégration des documents de l'Agence relatifs aux services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement :

- La Santé en Actions. Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être, 2003-2006, septembre 2003
- Document de soutien aux balises de la Régie régionale de Montréal-Centre pour les projets des deux centres hospitaliers universitaires de Montréal, décembre 2003
- Cadre de référence régional pour le programme de centre de jour, juin 2004
- Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement – balises régionales, juin 2004
- Lits par sous-région, données du 17 mars 2004, version finale (L'analyse du parc immobilier)

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, mars 2005
3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9
(514) 286-6500

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2005
ISBN 2-89510-212-0

Ce document est disponible :

- aux services documentaires de l'Agence
  Téléphone : (514) 286-5604
  Coût : 9,00 $
- sur le site Web de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

SIGLES

CH :	Centre hospitalier
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CHUM :	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHR :	Centre hospitalier de réadaptation
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMA :	Centres médicaux associés
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CUSM :	Centre universitaire de santé McGill
DRMG :	Département régional de médecine générale
DSIE :	Demande de services interétablissement
GMF :	Groupe de médecine familiale
MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OÉMC :	Outil d'évaluation multiclientèle
PSI :	Plan de services individualisé
RLSSS :	Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
SIPA :	Services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie
SOC :	Soutien aux organismes communautaires
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
USLD :	Unité de soins de longue durée

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE **11**

INTRODUCTION **13**

1. CLIENTÈLE VISÉE **15**

1.1 Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 15
1.2 Les proches-aidants 16
1.3 Les projections démographiques 16

2. OFFRE DE SERVICE **17**

2.1 Les mesures de soutien à la clientèle à domicile ou dans la communauté 17
2.1.1 Les services à domicile 17
2.1.2 Les centres de jour 20
2.1.3 Le soutien aux proches-aidants 23
2.1.4 L'hébergement temporaire 23
2.1.5 Les logements sociaux avec services 24
2.2 Le réseau de l'hébergement 24
2.2.1 Les ressources d'hébergement 24
2.2.2 Le profil de la clientèle hébergée en CHSLD 28
2.2.3 La demande de lits et de places pour la clientèle de Montréal 29
2.2.4 Des enjeux majeurs en hébergement 30

3. SERVICES HOSPITALIERS EN COURTE DURÉE AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT **32**

3.1 Les lits de longue durée en CHSGS 33
3.1.1 La réduction des lits de longue durée en CHSGS et impacts 33
3.2 L'impact du vieillissement de la population 35
3.3 L'impact global des changements potentiels d'ici 2011 sur le réseau de la longue durée 36
3.4 Les modalités de transition 39

4. BALISES RÉGIONALES POUR L'INTÉGRATION DES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT **39**

4.1 Le contexte 40
4.2 L'intégration des services 40
4.3 Les niveaux d'intégration des services 42
4.3.1 Les Centres de services de santé et de services sociaux 42
4.3.2 Les réseaux locaux de services 43
4.3.3 L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux 44

4.4 Les composantes essentielles du réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 45
4.4.1 Le « Guichet unique » d'accès aux services 45
4.4.2 Le gestionnaire de cas 46
4.4.3 Les outils et systèmes d'information 47
4.4.4 Le mécanisme d'accès à l'hébergement 49
4.4.5 La garde infirmière et la garde médicale associées 50
4.4.6 Les services médicaux 50
4.5 Les corridors pour garantir l'accès à des services spécialisés 51
4.5.1 Des services spécialisés de gériatrie 51
4.5.2 Des services spécialisés de psychiatrie et de psychogériatrie 52
4.5.3 Des services spécialisés de réadaptation 52
4.6 Les liens de collaboration avec les organismes communautaires 52
4.7 La gamme de services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 53

5. QUELQUES PISTES DE SOLUTION 55

5.1 Les mesures alternatives à l'hébergement en CHSLD 55
5.2 La consolidation du réseau des CHSLD 56
5.2.1 Le rehaussement des lits 56
5.2.2 L'équité d'accès selon les caractéristiques culturelles et linguistiques 57
5.2.3 Les programmes régionaux 57
5.3 La réduction des lits de longue durée en CHSGS 58
5.4 Les conditions de réalisation 58

CONCLUSION 59

ANNEXE I 61

ANNEXE II 65

ANNEXE III 67

ANNEXE IV 69

ANNEXE V 71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Évolution projetée de la population de Montréal-Centre entre 2001 et 2011* par groupe d'âge 16

Tableau 2 : Nombre de lits dressés dans les CHSLD publics et privés conventionnés selon les territoires des réseaux locaux de services de Montréal* 25

Tableau 3 : Répartition des lits dressés et de la population de plus de 65 ans par territoire de CSSS 26

Tableau 4 : Nombre de lits dressés dans les programmes régionaux en CHSLD publics 27

Tableau 5 : Distribution des places et lits selon les types d'hébergement 28

Tableau 6 : Clientèle hébergée en CHSLD demandes d'admission par niveau d'heures-soins 28

Tableau 7 : Distribution de la clientèle admise et de la clientèle en attente selon les territoires des réseaux locaux de services de Montréal* 29

Tableau 8 : Ratios en lits de longue durée selon le groupe d'âge 30

Tableau 9 : Hospitalisations antérieures à l'hébergement 31

Tableau 10 : Utilisation des lits par les CHSGS pour la clientèle en attente de soins de longue durée en 2001-2002 33

Tableau 11 : Orientation des patients en attente de services de longue durée en CHSGS sur la base des demandes d'admission 34

Tableau 12 : Orientation des patients en attente de services de longue durée en CHSGS – coût supplémentaire selon le niveau d'heures-soins 34

Tableau 13 : Réseau de soins et de services de longue durée, besoins supplémentaires liés à l'accroissement de la population d'ici 2011 35

Tableau 14 : Impact du vieillissement de la population, besoins supplémentaires selon le niveau d'heures-soins 36

Tableau 15 : Coût des mesures alternatives pour la clientèle hébergées en CHSLD .. 37

Tableau 16 : Réseau CHSLD – Économies potentielles reliées au transfert de la clientèle de moins de 2,5 heures/soins vers des ressources alternatives 37

Tableau 17 : Impact global des divers changements potentiels d'ici 2011 sur le réseau de soins et services de longue durée 38

CONTEXTE

Les changements introduits par la restructuration des services de santé et des services sociaux amènent à revoir l'organisation des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Cette organisation des services doit être adaptée au nouveau découpage territorial et doit permettre aux instances locales d'assumer pleinement leurs responsabilités envers cette clientèle en disposant, notamment, des ressources requises.

L'entente de gestion et d'imputabilité 2004-2005, convenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, précise que l'Agence verra à : « *...élaborer un plan d'action sur les services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce plan sera basé sur le développement d'alternatives à l'hébergement institutionnel, l'intégration des services, l'amélioration de leur accessibilité et la responsabilisation des réseaux locaux* »[1].

Pour mener à bien la réalisation de son plan d'action l'Agence propose une démarche en six phases :

- ✓ **Phase 1 :** Intégrer cinq documents récents, produits par l'Agence, relatifs aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.
- ✓ **Phase 2 :** Sous réserve de l'octroi d'un budget de développement 2004-2005, produire un plan d'actualisation d'une partie de ce budget éventuel pour le programme « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement » : nombre de ressources intermédiaires, localisation géographique et échéancier de mise en place.
- ✓ **Phase 3 :** Documenter les modèles alternatifs à l'hébergement institutionnel susceptibles de répondre aux besoins de la clientèle.
- ✓ **Phase 4 :** Produire un plan de consolidation de la gamme de ressources d'hébergement : nombre et type de ressources, localisation géographique et échéancier de mise en place.
- ✓ **Phase 5 :** Dégager les paramètres d'intégration des services résidentiels, incluant les services complémentaires requis.
- ✓ **Phase 6:** Produire un plan de mise en œuvre.

---

[1] Entente de gestion et d'imputabilité 2004-2005 intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, novembre 2004, section 6.1, p. 17.

Le présent document est la concrétisation de la première phase de notre plan de travail. De fait, au cours des deux dernières années, l'Agence a réalisé des travaux majeurs portant sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement :

- ✓ La Santé en Actions. Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être, 2003-2006, septembre 2003;
- ✓ Document de soutien aux balises de la Régie régionale de Montréal-Centre pour les projets des deux centres hospitaliers universitaires de Montréal, décembre 2003;
- ✓ Cadre de référence régional pour le programme de centre de jour, juin 2004;
- ✓ Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement – balises régionales, juin 2004;
- ✓ Lits par sous-région, données du 17 mars 2004, version finale (L'analyse du parc immobilier).

Version unifiée de ces travaux, le document présente la situation montréalaise en termes de demandes, de prévisions démographiques et d'organisation de services et met également en lumière les enjeux et perspectives qui s'offrent. En cela, il est une source de référence pour les acteurs concernés, dont les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Nous invitons le lecteur à porter une attention particulière aux éléments qui suivent :

- ✓ Le déséquilibre dans la répartition géographique des installations des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et la vétusté de certaines de ces installations;
- ✓ La quasi absence de diversité dans les formules d'hébergement offertes;
- ✓ L'augmentation de la demande et l'occupation des lits de courte durée par les personnes en attente d'hébergement;
- ✓ L'organisation et la prestation de services aux personnes en perte d'autonomie dans le cadre de la mise en place des CSSS;
- ✓ Le rôle du centre de jour et l'harmonisation de son offre de service.

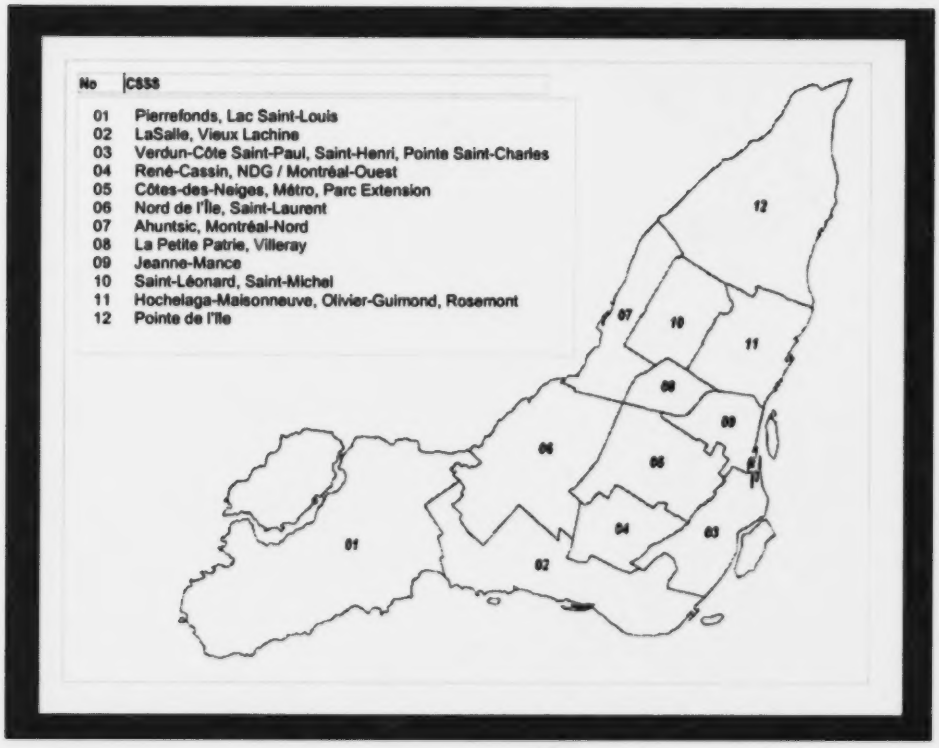
Considérant que ces travaux ont été réalisés dans des contextes spécifiques, et à des fins particulières, certaines mises en garde s'imposent :

- L'intégration de ces documents n'a pas donné lieu à une mise à jour des informations traitées dans ceux-ci;
- Ce document intégré n'a aucunement la prétention de refléter la problématique globale actuelle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement à Montréal;
- La lecture de ce document doit s'effectuer avec une certaine vigilance quant à l'interprétation et l'utilisation des données financières et statistiques qui y sont contenues puisqu'elles couvrent des années différentes.

INTRODUCTION

Afin de « rapprocher les services de la population et faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau »[2], Montréal se dotait en juin 2004, d'un nouveau modèle d'organisation de services, tel que prévu au projet de L 25.

Suite à la consultation publique tenue au printemps 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) entérinait la recommandation de partager l'île de Montréal en 12 territoires ou réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSS). La notion de réseau local de services fait référence tant à un espace géographique qu'à l'exercice d'un ensemble de responsabilités à l'égard de la population qui y réside. La carte qui suit présente les limites géographiques de chacun de ces réseaux :



[2] Projet de loi n° 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Assemblée nationale, Éditeur officiel du Québec 2003.

La mission du réseau local de services est, entre autres :

- ✓ D'« assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne, notamment à des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien »;
- ✓ De « garantir à la population de son territoire, par le biais d'ententes ou d'autres modalités, l'accès à des services spécialisés et surspécialisés... »[3].

Chaque réseau local s'articule autour d'une instance locale, appelée CSSS. Ce dernier est le résultat de la fusion d'un certain nombre d'établissements dont des centres locaux de services communautaires (CLSC), des CHSLD et, selon le cas, des CHR (centre hospitalier de réadaptation) ou hôpitaux[4].

Dans le cadre de l'exercice de leur responsabilité populationnelle, et particulièrement au regard de la population en perte d'autonomie liée au vieillissement, les réseaux locaux de l'île de Montréal auront à œuvrer dans un environnement complexe et qui commande déjà des transformations majeures, notamment en ce qui a trait à l'hébergement.

De fait, le réseau de services pour ces personnes, bien que relativement développé à Montréal, présente des lacunes au niveau des services favorisant le maintien dans la communauté ainsi qu'à celui de l'accès aux services d'hébergement. Par exemple, les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) se voient obligés d'utiliser une partie de leurs lits pour la clientèle en attente de soins de longue durée. Conséquemment, ces lits ne sont pas disponibles pour recevoir la clientèle nécessitant des soins de courte durée, entre autres, celle en attente d'hospitalisation à l'urgence.

Le vieillissement de la population engendre des besoins additionnels en matière de gamme de soins et services ainsi qu'aux plans de leur organisation et de leur coordination. Cette transformation représente autant de défis qui devront être relevés collectivement.

---

[3] Projet de loi n° 25, Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Assemblée nationale, Éditeur officiel du Québec 2003.

[4] Les termes « *réseau local de services* » ou « *réseau intégré de services* » sont utilisés indifféremment tout au long du document. Les vocables CLSC ou CHSLD, plutôt que CSSS, sont parfois utilisés lorsqu'ils réfèrent à un type de service spécifique, tel le maintien à domicile en CLSC ou l'hébergement en CHSLD.

1. CLIENTÈLE VISÉE

La planification stratégique 2003-2006 s'attarde tout particulièrement aux besoins de clientèles ou groupes vulnérables de la population confrontés à des problématiques spécifiques en raison de leur état de santé. À cet égard, les personnes en perte d'autonomie constituent une des clientèles ciblées.

Compte tenu de l'approche par programme mise de l'avant par le MSSS, il importe de bien cerner la clientèle qui sera desservie par le programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

1.1 LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Selon le comité sur la définition des programmes du MSSS, le programme *« s'adresse à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, notamment due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs ou maladies chroniques*[5] *»*. Il ajoute que *« l'âge seul (65 ans et plus) ne saurait constituer un critère pour recevoir ou non les services de ce programme. Une personne de moins de 65 ans peut avoir les mêmes besoins qu'une personne de plus de 65 ans aux prises avec le même problème*[6]*. .*

En l'absence de précisions de la part du MSSS, et de consensus régional au chapitre des pathologies ou conditions habituellement associées à un âge avancé à considérer, il est proposé[7] :

> *« Que la clientèle cible de ce réseau de services soit constituée de personnes âgées de 65 ans et plus, qui présentent des incapacités au plan moteur, cognitif, sensoriel ou psychique. C'est une clientèle qui peut aussi présenter plusieurs pathologies concomitantes et des problématiques d'ordre psychosocial diverses (deuil récent, isolement, problèmes économiques, etc.) qui sont autant de facteurs de fragilité.*
>
> *Seront aussi considérées, les personnes de moins de 65 ans qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type de démence. »*

---

5 Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, remis à la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources, 16 janvier 2004, page 14.

6 Ibid.

7 Cette proposition est extraite du document : «Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal. Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement – balises régionales », Agence de développement de Montréal, juin 2004.

Il faut noter que parmi la clientèle visée, une partie d'entre-elle présente des caractéristiques de vulnérabilité qui en font une clientèle prioritaire. Il s'agit majoritairement de personnes ayant 75 ans et plus.

En ce qui a trait au volet promotion-prévention, le réseau de services intégrés en perte d'autonomie liée au vieillissement concerne toute la population âgée de 65 ans et plus, qu'elle soit ou non en perte d'autonomie.

1.2 LES PROCHES-AIDANTS

Les proches-aidants font aussi partie de la clientèle ciblée. De fait, pour les aînés les plus vulnérables, le soutien des proches est essentiel à leur bien-être et à leur maintien dans la communauté. Selon les études actuellement disponibles, environ 80 % de l'aide et des soins à domicile sont fournis par des proches-aidants.

Cette aide et ces soins sont majoritairement offerts par des femmes (75 %), et ce, dans un contexte peu propice : domicile non adapté, santé fragile des aidantes, multiplicité de responsabilités, etc. La situation des aidantes est peu évaluée : trop souvent elles sont poussées à s'engager dans l'aide et les soins sans véritable choix ou alternatives, ni information quant aux implications en termes de types et quantité d'aide et de soins, de durée et d'impact sur leur santé et leur vie.

1.3 LES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES

Selon les données statistiques du MSSS, la population de Montréal devrait s'accroître de 3,7 % entre 2001 et 2011. Les taux d'augmentation varient selon les groupes d'âge. Ainsi, le groupe des 65-74 ans et celui des 75 ans et plus connaîtront des taux d'augmentation respectifs de 6,76 % et 17,39 %.

Tableau 1 : Évolution projetée de la population de Montréal-Centre entre 2001 et 2011* par groupe d'âge

Groupes d'âge	2001		2006		2011		Variation 2001 à 2011	
- 18 ans	355 603	20 %	361 746	20 %	351 592	19 %	(4 011)	-1,13 %
18-64 ans	1 184 587	65 %	1 202 820	65 %	1 223 275	65 %	38 688	3,27 %
Total 0-64 ans	*1 540 190*	*85 %*	*1 564 566*	*84 %*	*1 574 867*	*84 %*	*34 677*	*2,25 %*
65 à 69 ans	76 282	4 %	76 543	4 %	87 570	5 %	11 288	14,80 %
70-74 ans	70 706	4 %	68 329	4 %	69 361	4 %	(1 345)	-1,90 %
Total 65-74 ans	*146 988*	*8 %*	*144 872*	*8 %*	*156 931*	*8 %*	*9 943*	*6,76 %*
75-79 ans	58 758	3 %	59 895	3 %	58 611	3 %	(147)	-0,25 %
80-84 ans	38 234	2 %	45 210	2 %	46 854	2 %	8 620	22,55 %
85 ans et +	33 008	2 %	39 062	2 %	47 146	3 %	14 138	42,83 %
Total 75 ans et +	*130 000*	*7 %*	*144 167*	*8 %*	*152 611*	*8 %*	*22 611*	*17,39 %*
Grand total	1 817 178	100 %	1 853 605	100 %	1 884 409	100 %	67 231	3.70 %

* La population du Québec par territoire de CLSC, par territoire sociosanitaire et par région sociosanitaire, Recensement, MSSS, mai 1996.

2. OFFRE DE SERVICE

2.1 LES MESURES DE SOUTIEN À LA CLIENTÈLE À DOMICILE OU DANS LA COMMUNAUTÉ

Les soins et services destinés aux personnes en perte d'autonomie se sont transformés au fil des ans de façon à leur permettre de vivre le plus longtemps possible à domicile ou dans la communauté. L'augmentation du nombre de personnes âgées dans les années à venir, combinée à une volonté de restreindre au minimum le recours à l'hébergement pour cette clientèle, impliquent un développement de mesures de soutien dans la communauté et le recours à diverses formules alternatives à l'hébergement.

La planification stratégique 2003-2006 de l'Agence de développement s'inscrit dans cette voie. Diverses mesures sont identifiées afin de favoriser le développement de services pour maintenir la personne dans son milieu naturel ou, à défaut, dans les ressources plus légères ou non institutionnelles. L'ensemble de ces actions devrait concourir à prolonger le maintien des personnes dans la communauté, à réduire les visites à l'urgence et les hospitalisations et à augmenter la satisfaction des personnes rejointes.

2.1.1 Les services à domicile

Le Ministère, en se basant sur des études comparatives menées ailleurs au Canada, estime à 17 % le pourcentage optimal de personnes âgées de 65 ans et plus que devrait rejoindre le programme de services à domicile. Avec un taux actuel moyen de desserte au Québec de 12,5 %, le MSSS a établi comme cibles, 15 % d'ici 2006 et 17 % en 2008.

Au cours de l'année 2000-2001, les CLSC de la région de Montréal ont desservi 13,6 % des personnes âgées en perte d'autonomie (soit 37 185 personnes sur un total de 273 616).

Au regard de l'intensité des services, avec un budget actuel de 97,5 M$, le coût moyen des services offerts correspond à 2 622 $ pour un équivalent de 25,4 visites par personne desservie par année. À titre de comparaison, l'intensité des services offerts dans le cadre du projet SIPA[8] correspondait à un coût annuel de 4 994 $ par patient.

Comme la perte d'autonomie augmente de façon importante après 75 ans, et compte tenu des facteurs sociodémographiques propres à Montréal, les besoins sont particulièrement importants dans notre région. D'ici 2006, la population âgée de 65 ans et plus comprendra 289 039 personnes.

[8] SIPA : Services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie.

Notre pourcentage de desserte et notre intensité de service sont au-dessus de la moyenne provinciale, qui est de 12,5 % et 20,5 visites par année. Ceci s'explique par le fait que notre population de 65 ans et plus est significativement plus importante. En effet, la proportion de gens âgés de 75 à 84 ans est de 5,5 % à Montréal, comparativement à 3,9 % pour le reste du Québec. Pour les gens de plus de 85 ans, nous avons un taux correspondant à 1,5 fois plus élevé que celui du reste du Québec.

Le résultat visé, quant aux services à domicile, est l'augmentation du nombre de personnes âgées recevant des services à domicile en proportion des budgets de services à domicile obtenus. La cible est de passer de 37 000 à 49 000 personnes desservies avec une intensité accrue de 25,4 à 34,2 visites par année.

Deux options sont, dès lors, possibles avec un budget additionnel de 76 M$:

- Première option, desservir 43 355 personnes en 2006, soit 15 % des personnes âgées de 65 ans et plus avec une intensité équivalent en moyenne à 4 000 $ par personne par année;
- Deuxième option, rejoindre, dès 2006, 17 % de ces clientèles-cibles, soit 49 136 personnes, avec un niveau d'intensité correspondant en moyenne à 3 531 $ par personne.

La première option nous amènerait à 80 % de l'intensité atteinte dans le projet SIPA, qui a démontré les impacts favorables suivants : diminution des durées de séjour à l'urgence et dans les lits des centres hospitaliers, baisse du nombre de personnes en attente d'un hébergement en centre hospitalier, augmentation de la satisfaction des usagers et des proches. Toutefois, précisons que ces résultats ne sont pas uniquement dus à l'injection de ressources supplémentaires en services à domicile. L'approche de services intégrés, mise de l'avant par le projet, a contribué à une meilleure coordination des services des partenaires impliqués, d'où l'importance des actions sur le front d'une intégration des services optimale.

▷ **Les services de garde infirmière et la garde médicale associée**

Instaurées en 2003 sur l'ensemble du territoire de Montréal, la garde infirmière et la garde médicale associées mettent à contribution tous les CLSC, les quatre centres Info-Santé actuels ainsi que le Département Régional de Médecine Générale (DRMG). Ce service est offert à une clientèle inscrite aux services à domicile des CLSC, qui répond aux caractéristiques suivantes : nécessite des soins palliatifs, est atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), souffre d'une insuffisance cardiaque sévère, est en perte d'autonomie et présente des facteurs de risque importants de nature physique.

Le service donne accès, 24 heures par jour et sept jours semaine, à une infirmière via une ligne dédiée, où la clientèle vulnérable inscrite peut se référer, et, au besoin, à des visites à domicile d'infirmières ainsi qu'à des consultations médicales.

L'Agence de développement entend assurer le suivi et consolider le système de garde infirmière et médicale les soirs, nuits, fins de semaine et congés fériés sur chacun des quatre territoires couverts par les centrales 24/7 Info-Santé. Toutefois, le mode d'organisation actuel de ce système pourrait être appelé à évoluer pour tenir compte du nouveau découpage territorial relatif aux CSSS, de l'augmentation potentielle des clientèles et des ententes à établir avec les centres médicaux associés (CMA).

▷ Les services médicaux[9]

La conclusion d'ententes entre les CSSS et les CMA est inéluctable pour assurer à la clientèle l'accès aux médecins omnipraticiens du territoire. Dans le développement des services médicaux de première ligne, l'Agence de développement et la DRMG veulent appliquer une stratégie à deux volets :

- Continuer les efforts de promotion du modèle groupe de médecine familiale (GMF) et éventuellement réaliser les objectifs d'implantation généralisée sur l'ensemble du territoire;
- Implanter un modèle de services médicaux de première ligne susceptible de contribuer à la mise en place des réseaux locaux de services.

Le modèle proposé :

1. Une alliance locale intégrée entre prestataires de soins, cliniques privées, instances locales et centres hospitaliers (CH), donnant accès à l'ensemble des services médicaux de prise en charge, aux services diagnostiques et aux divers programmes complémentaires offerts par les instances locales et permettant un accès efficace et efficient à la consultation en spécialité.
2. Dans l'éventualité où les services médicaux avec et sans rendez-vous seront disponibles dans plusieurs points du CMA, l'un d'entre eux (le point de service central) exercera un rôle prépondérant quant aux services sans rendez-vous et quant à leur accès de même qu'à l'accès aux services diagnostiques et à la consultation en spécialité.

L'offre de service cible donc les deux grands besoins identifiés tant par la population que par les acteurs du système sociosanitaire montréalais : d'abord, la prise en charge continue et intégrée des clientèles, avec un accent particulier sur les clientèles vulnérables, puis l'accès en tout temps aux soins de première ligne de même qu'au recours à des plateaux techniques essentiels et à la consultation en spécialité.

---

[9] Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. *Les CENTRES MÉDICAUX ASSOCIÉS dans le cadre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal*, 10 mai 2004, pages 3-6.

L'Agence projette la mise sur pied, dans un premier temps, d'au moins un CMA par instance locale. Cette première vague de développement ne sera probablement pas suffisante pour desservir adéquatement l'ensemble de la population de la région. Il est prévu d'implanter entre 35 et 40 CMA pour atteindre un ratio d'un CMA pour 50 000 de population.

2.1.2 Les centres de jour[10]

Le centre de jour se situe « au pourtour du domicile », pour reprendre l'expression utilisée dans la politique de soutien à domicile du MSSS[11]. Il partage avec plusieurs autres ressources, dont le programme de services à domicile, le mandat de favoriser le maintien à domicile de la clientèle âgée, tel que prôné dans les orientations ministérielles.

L'élaboration d'un cadre de référence régional pour le programme « Centre de jour », une des actions énoncées dans la planification stratégique régionale 2003-2006, a été réalisée au cours de l'année 2004. Ce cadre de référence poursuit les objectifs suivants :

- Harmoniser l'offre de service des centres de jour de la région;
- Favoriser une utilisation optimale des ressources disponibles;
- Favoriser la complémentarité et la continuité des services offerts par les centres de jour et les autres ressources du réseau de services intégrés aux personnes âgées.

Notons que ces travaux ont aussi donné lieu à la production d'indicateurs de gestion[12].

▷ **Le rôle du centre de jour**

Le centre de jour est défini comme « une ressource qui offre, à une clientèle inscrite et qui présente une perte d'autonomie pouvant entraver son maintien à domicile, des programmes et des activités de jour de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation »[13].

---

10 Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. *Services aux personnes âgées dans la communauté et en milieux substituts, cadre de référence régional pour le programme « Centre de jour »*, juin 2004, 23 pages.

11 Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Chez soi : le premier choix, politique de soutien à domicile*, op. cit.

12 Voir annexe I – Indicateurs de gestion

13 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le centre de jour : orientations et programmes (document de travail), Québec, 1986, p. 10.

Par le biais des services qu'il rend disponible, le centre de jour vise à favoriser le maintien à domicile de la clientèle âgée et donc à retarder, sinon éviter, le recours à un milieu d'hébergement institutionnel, et ce, dans le contexte d'une qualité de vie optimale. Pour ce faire, le centre de jour poursuit essentiellement trois objectifs :

- Le maintien ou l'amélioration de l'état de santé biopsychosociale;
- Le maintien et la consolidation des capacités;
- Le soutien aux proches-aidants.

Il vise également à soutenir l'interaction entre l'usager et son réseau social. Il doit faciliter l'intégration de la clientèle aux activités de la communauté, notamment des organismes communautaires, lorsque celle-ci est en mesure de le faire.

Le centre de jour agit au niveau des capacités, surtout dans l'optique de leur maintien et de leur consolidation, donc de l'autonomie fonctionnelle. L'intervention du centre de jour à cet égard, vise à prévenir une détérioration ou encore à la ralentir, à stimuler les fonctions présentes et favoriser l'utilisation des capacités résiduelles.

Le centre de jour peut aussi être appelé à intervenir lorsque la personne a complété son processus actif de réadaptation visant la récupération des capacités et l'intégration sociale. Il offre effectivement des services de réadaptation, mais ces services sont axés essentiellement sur le maintien et la consolidation des capacités : les actions du centre de jour au plan de la réadaptation sont complémentaires à celles de l'hôpital du jour, de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ou d'autres ressources offrant des services de réadaptation.

▷ La clientèle[14]

Le programme « centre de jour » s'adresse aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, habituellement âgées de 65 ans et plus et vivant à domicile.

Ces personnes affichent des profils variés : certaines présentent des incapacités motrices, d'autres des déficits au plan cognitif, souvent sévères alors que d'autres présentent des déficiences sensorielles (visuelle ou auditive). Dans bien des cas, ce sont plusieurs incapacités qui se cumulent chez une même personne. Il s'agit, par ailleurs, d'une clientèle chez laquelle on retrouve souvent nombre de pathologies concomitantes et/ou des problématiques d'ordre psychosocial diverses, lesquelles sont autant de facteurs de vulnérabilité.

[14] Voir annexe II - Les critères d'admissibilité

La clientèle de moins de 65 ans peut y être admise dans la mesure où elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type de démence. Elle présente une pathologie ou une condition habituellement associée à un âge avancé (dont l'incidence et la prévalence sont beaucoup plus importantes après 65 ans), ses habitudes de vie et rôles sociaux s'apparentent ou sont compatibles à ceux d'une personne âgée et elle accepte d'être intégrée dans un groupe composé de personnes âgées.

Les proches-aidants bénéficient également des services du centre de jour. C'est particulièrement au niveau des services de répit que le centre de jour est appelé à intervenir auprès des proches-aidants.

▷ **Le portrait de l'offre de service**

On compte 32 centres de jour[15] dans la région de Montréal, administrés par 12 établissements, soit chaque CSSS. Parmi ces centres de jour, 5 ont une vocation régionale[16] à l'égard d'une clientèle particulière : italophone, d'origine chinoise, de religion juive, celle présentant une déficience auditive ou visuelle. Ces centres de jour ne se limitent pas qu'à un territoire de CLSC prédéfini, mais ils desservent une clientèle-cible peu importe son lieu de résidence dans la région.

Les centres de jour de la région ont rejoint, en 2002-2003, près de 6 000 personnes[17]. Ces programmes impliquent un budget annuel d'environ 10 M$ et qui n'ont pas fait l'objet de développement budgétaire depuis plusieurs années.

Lorsque les ressources disponibles ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins exprimés, la clientèle et l'intensité des services ou la fréquence des visites, doivent faire l'objet d'une mise en priorité.

Les services offerts par le centre de jour s'inscrivent dans le cadre d'un plan d'intervention et, si requis, d'un plan de services individualisé. En centre de jour, le plan d'intervention est réalisé dans un contexte d'interdisciplinarité. Soulignons que les durées d'intervention des centres de jour peuvent être fort longues, c'est-à-dire s'échelonner sur plusieurs années en autant que la fréquentation du centre de jour continue de contribuer au maintien à domicile de l'usager.

En somme, la prévention constitue la toile de fond des actions du centre de jour, que l'on parle de prévenir la détérioration de l'état de santé ou des capacités fonctionnelles de l'usager, de prévenir l'épuisement des proches ou, de façon plus générale, de prévenir l'hébergement.

---

15 Voir annexe III – Les centres de jour de la région et leur territoire de desserte.

16 Voir annexe IV - Les centres de jour à vocation régionale.

17 Voir annexe V – Les portraits statistiques.

2.1.3 Le soutien aux proches-aidants

Les orientations ministérielles en matière de services aux personnes âgées[18] et la politique de soutien à domicile[19] soulignent tous deux l'attention qui doit être portée au soutien des proches-aidants. Celui-ci peut s'actualiser par le biais d'un ensemble de mesures dont des services de répit.

Il existe une diversité de services pour supporter les proches dont les modalités diffèrent. Aussi, l'Agence entend assurer, dans chaque CLSC, la mise sur pied ou la consolidation d'un programme de soutien aux personnes aidantes naturelles : services de répit (à domicile, en centre de jour, en hébergement temporaire), groupes d'entraide et de soutien, counselling individuel, formation et sensibilisation des intervenants aux besoins des personnes aidantes naturelles.

Par ailleurs, l'inclusion des proches-aidants, comme faisant partie de la clientèle, nécessitera chez les gestionnaires et les intervenants de première ligne des CSSS une plus grande sensibilisation à l'importance d'évaluer leurs besoins propres.

2.1.4 L'hébergement temporaire

Au regard de l'hébergement temporaire, l'Agence précise dans sa planification stratégique la nécessité d'accroître l'accessibilité et l'efficience des services en hébergement temporaire, notamment en augmentant le nombre de lits pouvant accueillir la clientèle en moins de 24 heures.

Aussi, une révision de la distribution des sites s'imposent afin de tenir compte des dimensions socioculturelles des clientèles ainsi que des clientèles ayant des besoins particuliers (troubles de comportement, antécédents psychiatriques, problèmes cognitifs).

---

[18] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles en matière de services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, 2000, 47 p.

[19] Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Chez soi : le premier choix, Politique de soutien à domicile*, Québec, op.cit.

2.1.5 Les logements sociaux avec services

Les logements sociaux, avec services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, s'avèrent une formule alternative à l'hébergement qui doit être davantage mise à profit. C'est pourquoi, l'Agence entend soutenir le développement d'unités de logements sociaux avec services.

De façon plus spécifique, il s'agit ici d'assurer les services requis pour la réalisation d'unités de logements sociaux et communautaires dans le cadre du programme Accès-Logis, volet 2. Les services et soins requis devront être rendus disponibles via les CLSC pour ces unités de logements. Enfin, des ententes de partenariat concernés devront être développées quant aux services complémentaires requis tels la sécurité et l'alimentation.

2.2 LE RÉSEAU DE L'HÉBERGEMENT

Actuellement, le réseau d'hébergement peut difficilement répondre à la demande qui devrait s'accroître à un rythme considérable d'ici 2011. Aussi, le taux d'occupation des CHSLD frôle le 100 % dans la majorité des établissements.

Le Ministère a établi comme objectifs, l'atteinte, d'ici cinq ans, d'un taux d'hébergement institutionnel correspondant à 3,5 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus et le rehaussement du niveau d'admission en longue durée à 3 heures de soins requis par jour. Pour ce faire, il faudrait se doter d'un plan d'action quinquennal qui préconiserait le soutien dans la communauté et le développement de diverses formules alternatives à l'hébergement institutionnel.

2.2.1 Les ressources d'hébergement

Le réseau est constitué de trois types d'organisation accueillant la clientèle admise :

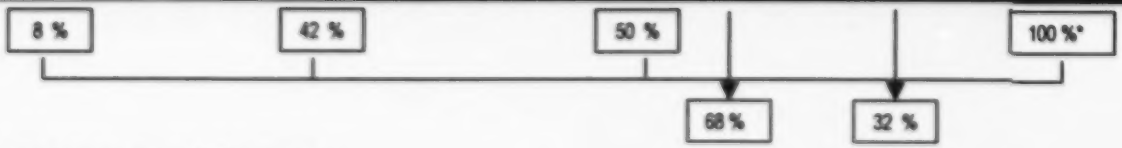
- CHSLD publics;
- CHSLD privés conventionnés;
- CHSLD privés.

Les donnés qui suivent ne concernent que les CHSLD publics et privés conventionnés.

En mars 2004, on dénombre 11 993 lits dressés dans les CHSLD publics et privés conventionnés dans la région de Montréal (tableau 2). La moitié de ces lits (5 969 lits) peut recevoir une clientèle nécessitant plus de 2,5 heures-soins par jour, 42 % (2 266 lits) reçoivent une clientèle nécessitant entre 1,5 et 2,5 heures-soins et 8 % (954 lits) une clientèle nécessitant moins de 1,5 heure-soins par jour.

Tableau 2 : Nombre de lits dressés dans les CHSLD publics et privés conventionnés selon les territoires des réseaux locaux de services de Montréal*

Sous-régions de Montréal	Lits < 1.5			Lits 1.5 à 2.5			Lits > 2,5			Total lits					
Territoires	**CHSLD publics**	**CHSLD privés convent.**	**Sous-total**	**CHSLD publics**	**CHSLD privés convent.**	**Sous-total**	**CHSLD publics**	**CHSLD privés convent.**	**Sous-total**	**CHSLD publics**		**CHSLD privés conventionnés**		**Sous-total**	
01	-	-	-	61	224	285	64	275	339	**125**	*2 %*	499	*13 %*	**624**	*5 %*
02	-	-	-	408	-	408	459	42	501	**867**	*11 %*	42	*1 %*	**909**	*8 %*
03	-	-	-	833	-	833	302	-	302	**1 135**	*14 %*	-	-	**1 135**	*9 %*
04	-	101	101	125	158	283	342	324	666	**467**	*6 %*	583	*15 %*	**1 050**	*9 %*
05	-	30	30	309	244	553	370	377	747	**679**	*8 %*	651	*17 %*	**1 330**	*11 %*
06	154	9	163	24	-	24	526	66	592	**704**	*9 %*	75	*2 %*	**779**	*6 %*
07	-	255	255	388	155	543	300	354	654	**688**	*8 %*	764	*20 %*	**1 452**	*12 %*
08	-	-	-	235	-	235	96	282	378	**331**	*4 %*	282	*7 %*	**613**	*5 %*
09	147	-	147	496	-	496	433	-	433	**1 076**	*13 %*	-	-	**1 076**	*9 %*
10	-	-	-	292	100	392	160	-	160	**452**	*6 %*	100	*3 %*	**552**	*5 %*
11	161	-	161	476	40	516	434	274	708	**1 071**	*13 %*	314	*8 %*	**1 385**	*12 %*
12	97	-	97	277	225	502	217	272	489	**591**	*7 %*	497	*13 %*	**1 088**	*9 %*
TOTAL	559	395	954	3 924	1 146	5 070	3 703	2 266	5 969	8 186	*100 %*	3 807	*100 %*	11 993	*100 %*



* Données selon les admissions et la liste d'attente en date du 17 mars 2004
Excluant les lits des programmes régionaux et les places en ressources non institutionnelles

La majorité des lits dressés (68 % soit 8 196 lits) se retrouve dans des CHSLD publics alors que 32 % (3 807 lits) sont dans des CHSLD privés conventionnés. Si les lits des CHSLD publics sont répartis dans tous les territoires des CSSS, mais dans des proportions qui diffèrent, plus du tiers des lits en CHSLD privés conventionnés (37 %) se retrouve dans deux territoires de CSSS seulement; à noter que deux territoires de CSSS n'ont aucun CHSLD privés conventionnés sur leur territoire.

La répartition territoriale des lits dressés ne suit pas nécessairement la proportion de la population âgée de 65 ans et plus selon les territoires de CSSS (tableau 3). Certains territoires affichent une proportion de lits inférieure à la proportion de la population âgée de plus de 65 ans alors que d'autres territoires présentent une situation inverse.

Tableau 3 : Répartition des lits dressés et de la population de plus de 65 ans par territoire de CSSS

	Territoires de CSSS		% lits dressés	% population 65 ans et plus
01	Pierrefonds & Lac St-Louis		5 %	8,3 %
02	Lasalle & Vieux Lachine		8 %	7,8 %
03	Verdun/Côte St-Paul/St-Henri/ Pte St-Charles		9 %	6,8 %
04	René-Cassin & NDG/Montréal Ouest		9 %	8,2 %
05	Côte-des-Neiges/Métro/ Parc Extension		11 %	11,8 %
06	Nord de l'Île/St-Laurent		6 %	8,2 %
07	Ahuntsic/Montréal-Nord		12 %	10,8 %
08	Petite Patrie/Villeray		5 %	5,4 %
09	Jeanne-Mance		9 %	5,5 %
10	St-Léonard/St-Michel		5 %	7,0 %
11	Hochelaga-Maisonneuve/Olivier-Guimond/Rosemont		12 %	10,8 %
12	Pointe de l'Île		9 %	9,5 %
Total Région		Nombre %	11 993 lits 100 %	276 722 100 %

La région dispose également d'un bassin de lits permettant d'accueillir une clientèle présentant des besoins spécifiques ou alors des caractéristiques linguistiques et culturelles particulières. Ces lits sont intégrés dans des programmes régionaux dont la répartition est la suivante :

Tableau 4 : Nombre de lits dressés dans les programmes régionaux en CHSLD publics

Programmes	Nombre de places
Unités spécifiques[20] 1,5 – 2,5	212
Unités spécifiques > 2,5	135
Déficience intellectuelle > 2,5	60
Multihandicapé > 2,5	284
Déficience visuelle 1,5 – 2,5	99
Déficience auditive 1,5 – 2,5	111
Hôpital Chinois 1,5 – 2,5	25
Hôpital Chinois > 2,5	52
Institut Polonais 1,5 – 2,5	68
Institut Polonais > 2,5	23
Les Cèdres < 1,5	16
Moins de 65 ans > 2,5	147
Propulsion (ressource contractuelle)	15
TOTAL	1 247

Enfin, la région dispose d'un faible volume de places en ressources intégrées dans la communauté : en mars 2004, on ne dénombrait que 243 places. Elles représentent 2 % du volume total de l'hébergement de toute la région alors que l'hébergement institutionnel représente 98 % de toutes les places d'hébergement.

[20] L'unité spécifique se définit comme une unité de soins et de services adaptés et spécialement aménagée dans un CHSLD pour accueillir une clientèle en perte d'autonomie présentant des troubles de comportement.

Tableau 5 : Distribution des places et lits selon les types d'hébergement

NATURE DU MILIEU DE VIE	NOMBRE	%
RESSOURCES DANS LA COMMUNAUTÉ		
RTF	123	1 %
RI et autres ressources	120	1 %
Sous-total	**243**	**2 %**
HÉBERGEMENT INSTITUTIONNEL		
Moins de 1,5 heure-soins/jour	954	8 %
1,5 et 2,5 heures-soins/jour	5 070	41 %
Plus de 2,5 heures-soins/jour	5 969	49 %
Sous-total	**11 993**	**98 %**
TOTAL	12 236	100 %

2.2.2 Le profil de la clientèle hébergée en CHSLD

Le portrait de la clientèle hébergée en CHSLD a été dressé à partir des renseignements contenus au fichier Info-admissions du Service Régional des Admissions des trois dernières années. Nous constatons qu'au fil des ans le nombre de demandes a légèrement augmenté, passant de 4 727 demandes en 2000-2001 à 5 196 demandes en 2002-2003. En 2002-2003, la proportion des personnes hébergées nécessitant moins de 2,5 heures-soins, mais sans surveillance, représentait 17 %; celle nécessitant moins de 2,5 heures-soins mais avec surveillance représentait 25 % et celle de plus de 2,5 heures-soins, 58 %.

Tableau 6 : Clientèle hébergée en CHSLD demandes d'admission par niveau d'heures-soins

	2000-2001		2001-2002		2002-2003	
	Nombre	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
Moins de 1,5 hres-soins Sans surveillance	360	8,93 %	371	9,44 %	290	7,33 %
De 1,5 à 2,5 hres-soins Sans surveillance	412	10,22 %	412	10,48 %	385	9,73 %
Sous-total	***772***	***19,15 %***	***783***	***19,92 %***	***675***	***17,06 %***
Moins de 1,5 hres-soins Avec surveillance	286	7,10 %	332	8,45 %	281	7,10 %
De 1,5 à 2,5 hres-soins Avec surveillance	702	17,42 %	613	15,60 %	725	18,33 %
Sous-total	***988***	***24,51 %***	***945***	***24,05 %***	***1 006***	***25,43 %***
2,5 hres-soins et plus	**2 271**	**56,34 %**	**2 202**	**56,03 %**	**2 275**	**57,51 %**
Total admissions en CHSLD	**4 031**	**100 %**	**3 930**	**100 %**	**3 956**	**100 %**
Total de demandes	4 727		5 059		5 196	

2.2.3 La demande de lits et de places pour la clientèle de Montréal

Sans égard à la nature des besoins présidant à la demande et aux types de lits disponibles, le réseau d'hébergement de la région est difficilement en mesure de répondre à la demande pour la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

De fait, le tableau qui suit nous indique qu'au plan régional, la demande se situe à 116 % par rapport aux places disponibles. Cette situation est similaire pour chaque territoire de CSSS, mais de façon plus prononcée dans cinq territoires où l'on observe des écarts se situant au-dessus de 120 %.

Tableau 7 : Distribution de la clientèle admise et de la clientèle en attente selon les territoires des réseaux locaux de services de Montréal*

Territoires CSSS	Personnes admises		Personnes en attente		Total de la demande		Lits dressés** mars 2004	Ecart demande lits
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
01	605	5 %	181	9 %	786	6 %	624	126 %
02	809	7 %	140	7 %	949	7 %	909	104 %
03	1 061	9 %	186	9 %	1 247	9 %	1 135	110 %
04	941	8 %	173	8 %	1 114	8 %	1 050	106 %
05	1 225	10 %	204	10 %	1 429	10 %	1 330	107 %
06	762	6 %	150	7 %	912	7 %	779	117 %
07	1 445	12 %	175	8 %	1 620	12 %	1 452	112 %
08	665	6 %	105	5 %	770	6 %	613	126 %
09	1 185	10 %	142	7 %	1 327	10 %	1 076	123 %
10	609	5 %	150	7 %	759	5 %	552	138 %
11	1 412	12 %	237	12 %	1 649	12 %	1 385	119 %
12	1 170	10 %	216	10 %	1 386	10 %	1 088	127 %
TOTAL	11 689	100 %	2 059	100 %	13 948	100 %	11 993	116 %

* Données selon les admissions et la liste d'attente en date du 17 mars 2004
** Lits dressés en ressources publiques et privées

L'adéquation entre les besoins de la clientèle et la détermination du volume et type de places ainsi que leur distribution par territoire de CSSS est une activité majeure qui sera réalisée dans le plan d'action.

2.2.4 Des enjeux majeurs en hébergement

▷ **Besoins en lits d'hébergement**

Montréal compte 50 % de plus de personnes âgées de 85 ans et plus que le reste du Québec. Comme les taux d'institutionnalisation par groupe d'âge augmentent de façon considérable à partir de 75 ans, le Regroupement des CHSLD de Montréal, en utilisant les taux retenus par le comité Bédard, a dégagé par groupe d'âges, des projections en besoin de lits d'hébergement, lesquelles se situent à 12 983 en 2003 et à 13 962 en 2006.

Tableau 8 : Ratios en lits de longue durée selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	Ratio en lits de longue durée	
0-20 ans	Aucune personne en CHSLD	0,0 %
20-64 ans	1 personne/1 000	0,1 %
65-69 ans	7 personnes/1 000	0,7 %
70-74 ans	15 personnes /1 000	1,5 %
75-79 ans	31 personnes /1 000	3,1 %
80-84 ans	70 personnes /1 000	7,0 %
85-89 ans	137 personnes /1 000	13,7 %
90 ans et +	290 personnes /1 000	29,0 %

Ce nombre de lits correspond, pour les 65 ans et plus, à un taux d'hébergement de 4,6 % en 2003 et de 4,8 % en 2002. Dans cette perspective, il faudrait augmenter le nombre de lits actuels de 1 689. Or, le nombre de lits présentement disponibles pour les 65 ans et plus est de 12 263, ce qui correspond à un taux d'hébergement de 4,4 %. Pour atteindre un taux de 3,5 % en 2006, il faudrait passer à 10 116 lits d'hébergement donc, réduire notre parc actuel de 2 147 lits.

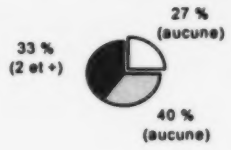
Si on additionne les places d'hébergement publiques et privées à but lucratif ou sans but lucratif occupées par des personnes de 65 ans et plus, alors Montréal a le même taux d'hébergement que le reste du Québec. Si on utilise le nombre de personnes de 75 ans et plus, alors le taux d'hébergement relatif à Montréal est inférieur de 10 % à ce qu'on observe dans l'ensemble du Québec. En s'intéressant uniquement aux personnes de 75 ans et plus vivant seules, le taux montréalais d'hébergement, toutes ressources confondues, est inférieur de 20 % à celui du Québec.

Les besoins d'hébergement fluctuent suivant les caractéristiques de chaque territoire de CLSC. Même lorsqu'on standardise les demandes selon l'âge, on note une variation importante entre les territoires. Ce phénomène n'est pas déterminé par des différences de pratique, mais par des facteurs socio-économiques reliés aux variations dans l'espérance de vie. Dans les territoires les plus défavorisés (faible espérance de vie), les demandes d'hébergement sont plus importantes, surtout pour les personnes demandant moins d'une heure-soin.

▷ **Disponibilité des lits de courte durée**

Avant leur demande d'hébergement, les personnes âgées vivent souvent une période de fragilisation qui les amène à être hospitalisées à plusieurs reprises et pour de longues périodes. Le graphique qui suit illustre le pourcentage de demandeurs selon le nombre d'hospitalisations.

Tableau 9 : Hospitalisations antérieures à l'hébergement



Les trois quarts des personnes qui ont fait une demande d'hébergement en 2001 (N=4620) ont été hospitalisées dans l'année précédant leur demande. Un tiers des personnes ont été hospitalisées deux fois ou plus.

En prenant dans la cohorte de 2001, les personnes de Montréal de 70 ans et plus, on observe qu'elles ont utilisé l'équivalent de 407 lits au cours de l'année précédant leur demande. Ceci représente 20 % du total des lits de courte durée utilisés en 2000-2001 pour des résidents de Montréal de 70 ans et plus en médecine et chirurgie.

Tel qu'explicité à la section 3, portant sur les services hospitaliers en courte durée aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, cet état de fait a un impact non négligeable sur la disponibilité des lits de courte durée dans les hôpitaux montréalais.

▷ **Isolement et taux d'hébergement**

Une étude récente du ministère de l'Emploi et de la Solidarité de la France établit clairement que, dans les pays d'Europe, où une faible proportion des personnes âgées vivent avec leurs enfants, le taux de personnes âgées vivant en établissement est élevé[21].

---

[21] Études et résultats, La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale, L. Assous et P. Ralle, no 74, juillet 2000

Aussi, dans les pays scandinaves, 25 % des personnes de 85 ans et plus et 8 % des personnes de 65 ans et plus sont hébergées. En France, les taux sont respectivement de 26,7 % et de 6,8 %. Dans les pays du sud de l'Europe, les taux d'hébergement chez les personnes âgées de 65 ans et plus sont inférieurs à 5 %. Donc, en Europe, il y a une corrélation très forte entre le pourcentage de personnes âgées vivant seules ou en couple et le taux d'hébergement.

La proximité et la contribution des enfants semblent être des facteurs déterminants. Or, à Montréal, on trouve une proportion très élevée de personnes âgées vivant seules; en conséquence, ce facteur doit aussi être pris en compte dans l'évaluation des besoins.

3. SERVICES HOSPITALIERS EN COURTE DURÉE AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU V

La prestation de services hospitaliers en courte durée pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement représente un axe important de l'offre de service et de soins de santé à Montréal.

Dans le cadre de la réorganisation et la relocalisation des deux grands centres hospitaliers universitaires (CHU) de la région de Montréal que sont le centre hospitalier universitaire de l'université de Montréal (CHUM) et le centre universitaire de santé McGill (CUSM), l'Agence (Régie régionale) a proposé des balises qui auront un impact direct sur l'organisation des services et sur la dimension financière des soins de longue durée.

À cet égard, l'Agence suggère un ensemble de mesures alternatives visant à limiter au strict minimum les soins de longue durée offerts par les centres hospitaliers généraux et spécialisés ainsi que par les CHU. Cependant, elle considère qu'un certain nombre de lits de soins de longue durée affectés à l'évaluation des patients devra y être préservé.

---

[22] Cette section est extraite du « Document de soutien aux balises de la Régie régionale de Montréal-Centre pour les projets des deux centres hospitaliers universitaires de Montréal. Balises soumises le 3 septembre 2003 au ministère de la Santé et des Services Sociaux », décembre 2003.

3.1 LES LITS DE LONGUE DURÉE EN CHSGS

Au cours de l'année 2001-2002, 1 247 lits ont été utilisés en CHSGS pour la clientèle en attente de soins de longue durée, soit 844 lits en USLD, 253 places achetées et 150 lits de débordement dans les lits de courte durée.

Tableau 10 : Utilisation des lits par les CHSGS pour la clientèle en attente de soins de longue durée en 2001-2002

CHSGS	Lits utilisés en 2001-2002*	
Lits USLD	844	
Lits débordement LD en CD	150	403 lits
Lits achetés en longue durée**	253	
Total longue durée	1 247	

* Données sur la base des hospitalisations (MedEcho)
** Mesure temporaire

Retenons que les délais de prise en charge se traduisent par un temps d'attente moyen de trois mois dans un milieu de vie qui n'est pas toujours optimal pour cette clientèle.

3.1.1 La réduction des lits de longue durée en CHSGS et impacts

L'occupation de lits en CHSGS par une clientèle en attente de soins de longue durée occasionne des délais additionnels pour recevoir la clientèle nécessitant des soins de courte durée, entre autres, celle en attente d'hospitalisation à l'urgence.

Au-delà d'un accès rapide à l'hébergement, notre objectif vise surtout une meilleure adéquation. À cet égard, il paraît évident que les personnes ne requièrent pas toutes la même intensité de soins et que plusieurs pourraient bénéficier de services alternatifs plus légers et donc appropriés à leur condition.

Le tableau ci-après présente une répartition de la clientèle actuellement en CHSGS, répartition effectuée en référence au profil de la clientèle (exprimé en heures-soins par jour) pour laquelle une demande d'admission en CHSLD a été formulée au cours de l'année 2002-2003.

Tableau 11 : Orientation des patients en attente de services de longue durée en CHSGS sur la base des demandes d'admission

Proportion des demandes		Équivalent-lits théoriques requis	USLD ou mesure alternative
Pour moins de 2,5 hres-soins sans surveillance	17 %	212	Soutien à domicile
Pour moins de 2,5 hres-soins avec surveillance	25 %	312	Ressources intermédiaires ou alternatives
Pour 2,5 heures-soins et plus - portion en USLD (30 % X 844 lits) - transfert en CHSLD (58 % X 1 247) – 254 lits	58 %	254 469	USLD CHSLD
Total longue durée en CHSGS	100 %	1 247	

Sur un total de 1 247 lits utilisés en CHSGS, il a été estimé que le nombre de lits en USLD (844 lits) pourrait être réduit à 30% du total actuel, passant à 254 lits pour l'ensemble des CHSGS. Conséquemment, cette diminution de 993 lits se traduirait soit par un transfert vers le réseau de la longue durée d'une partie de la clientèle en attente d'hébergement, soit par le développement de services à domicile et de mesures alternatives que permettraient alors le transfert d'un portion du budget rattaché aux lits USLD.

Cette opération aurait comme impact, d'une part, de répondre aux besoins de la clientèle en attente d'hébergement et améliorerait, d'autre part, l'accès à l'hospitalisation. Le tableau qui suit présente l'impact financier de ces mouvements de transfert. Il est à noter que ces coûts ont été établis en 2003 et qu'ils devront être révisés.

Tableau 12 : Orientation des patients en attente de services de longue durée en CHSGS – coût supplémentaire selon le niveau d'heures-soins

Modèle de prise en charge	Niveau d'heures-soins	Places ou lits requis	Coût par place ou lit	Coût total
Soutien à domicile	> de 1,5 heures	87	15 000 $	1 305 000 $
	de 1,5 à 2,5 heures	125	28 700 $	3 587 500 $
	Total SAD	212		
Ressources intermédiaires ou alternatives	Moins de 1,5 heures	87	18 100 $	1 574 700 $
	De 1,5 à 2,5 heures	225	25 800 $	5 805 000 $
	TOTAL RI	312		
Lits en CHSLD	Plus de 2,5 heures	455	56 000 $	25 480 000 $
	Ventilo dépendants*	14	75 000 $	1 050 000 $
	TOTAL CHSLD	469		
Total des besoins**		993		38 802 200 $

* Pour les patients de l'Institut thoracique du CUSM.
** Les 254 lits en USLD demeurent en CHSGS, soit 30 % du nombre actuel.

Une somme d'environ 39 M$, soit l'équivalent de 993 lits, serait donc affectée à la mise en place d'une gamme de services mieux adaptés aux besoins actuels des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : mesures alternatives, tels soutien à domicile, ressource intermédiaire et développement de places en CHSLD.

En effet, en supposant un coût moyen de 56 000 $ par lit en CHSGS, et ce, sans compter que les soins dispensés en CHSGS ne sont pas toujours adaptés au besoin, il en coûte actuellement près de 56 M$ pour traiter cette clientèle (993 personnes).

Ainsi, ce montant qui serait transféré vers le réseau CHSLD (38,8 M$) permettrait de générer potentiellement, des économies de près de 16 M$. Cependant, afin de pouvoir fonctionner adéquatement avec un nombre restreint de lits en USLD, il faudrait au préalable développer des mécanismes efficaces d'évaluation et de placement de la clientèle à héberger.

3.2 L'IMPACT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Si la demande continue de progresser au même rythme que la population de Montréal d'ici 2011, il faudra prévoir des ressources additionnelles pour répondre aux besoins croissants d'une population vieillissante.

Le tableau qui suit présente les impacts du vieillissement de la population sur la demande de soins de longue durée, ceci pour une clientèle comparable à celle d'aujourd'hui.

Tableau 13 : Réseau de soins et de services de longue durée, besoins supplémentaires liés à l'accroissement de la population d'ici 2011

Groupe d'âge	Nombre total de lits en CHSLD en 2003	Proportion des demandes	Lits par groupe d'âge	Accroissement de la population	Besoins supplémentaires en 2011
65 à 74 ans	13 453	15 %	2 018	6,76 %	136
75 ans et plus	13 453	77 %	10 359	17,39 %	1 801
Nombre total de lits ou places supplémentaires requis d'ici 2011 pour les 65 ans et plus					1 937

En appliquant la répartition de la demande selon les dossiers actifs et les coûts de 2003, environ 2 000 places ou lits supplémentaires seraient requis en 2011 pour satisfaire les besoins additionnels. L'impact financier du vieillissement de la population pour l'ensemble de la région se traduirait par des coûts supplémentaires évalués à près de 82 M$ (tableau 14).

Tableau 14 : Impact du vieillissement de la population, besoins supplémentaires selon le niveau d'heures-soins

Mode de prise en charge	Niveau d'heures-soins	% des demandes	Places ou lits requis	Coût par place ou lit	Coût total
Soutien à domicile	> de 1,5 heures	7 %	136	15 000 $	2 034 701 $
	de 1,5 à 2,5 heures	10 %	194	28 700 $	5 561 516 $
	Total SAD	17 %	330		
Ressources intermédiaires ou alternatives	Moins de 1,5 heures	7 %	136	18 100 $	2 455 206 $
	De 1,5 à 2,5 heures	18 %	349	25 800 $	8 999 192 $
	TOTAL RI	25 %	485		
Lits en CHSLD	Plus de 2,5 heures	58 %	1 124	56 000 $	62 940 084 $
	TOTAL CHSLD	58 %	1 124		
Total des besoins		100 %	1 939		81 990 699 $

Il est à noter que la population des adultes de moins de 65 ans présentant des déficiences physiques ou intellectuelles, et nécessitant un hébergement en longue durée, n'a pas été prise en considération dans les calculs.

En somme, pour éviter l'engorgement actuel du réseau des CHSLD et répondre à l'accroissement de la demande, il faudrait amorcer le plus rapidement possible le développement de ressources alternatives à l'hébergement institutionnel, davantage adaptées aux besoins des personnes âgées.

3.3 L'IMPACT GLOBAL DES CHANGEMENTS POTENTIELS D'ICI 2011 SUR LE RÉSEAU DE LA LONGUE DURÉE

Les besoins actuels en soutien à domicile représentent 17 % des demandes pour un total de 2 287 équivalent-lits ou places, alors que les besoins en ressources intermédiaires ou alternatives, représentent 25 % des demandes pour un total de 3 364 équivalent-lits ou places. Les coûts du soutien à domicile totalisent 52,7 M$ et ceux des ressources intermédiaires approximativement 79,4 M$, pour un coût total de l'ensemble des mesures alternatives de 132,2 M$ en dollars 2003-2004 (5 651 places).

Tableau 15 : Coût des mesures alternatives pour la clientèle hébergées en CHSLD

Mesures alternatives			Équivalent lits théoriques requis	Coût par place de la mesure alternative*	Coût total annuel
De 1,5 heures-soins sans surveillance	Soutien à domicile	7 %	942	15 000 $	14 130 000 $
De 1,5 à 2,5 heures-soins sans surveillance	Soutien à domicile	10 %	1 345	28 700 $	38 601 500 $
Sous-total		17 %	2 287		52 731 500 $
De 1,5 heures-soins sans surveillance	Ressources intermédiaires ou alternatives**	7 %	942	18 000 $	16 956 000 $
De 1,5 à 2,5 heures-soins sans surveillance	Ressources intermédiaires ou alternatives**	18 %	2 422	25 800 $	62 487 600 $
Sous-total		25 %	3 364		79 443 600 $
Coût total des mesures alternatives			5 651		132 175 100 $

* Coûts établis sur la base d'un coût moyen par place, tenant compte des différents besoins de la clientèle.
** Pour les ressources alternatives, les coûts sont établis en fonction du coût actuel des ressources intermédiaires.

Le coût des mesures alternatives qui seraient mises en place pour les personnes requérant moins de 2,5 heures-soins s'élèverait à un peu plus de 132 M$ (tableau 15). Ces mesures se traduisent par l'offre de soutien à domicile ou encore par la création de ressources intermédiaires qui, après implantation, pourraient dégager une marge de manœuvre annuelle récurrente de près de 139 M$ (tableau 16).

Tableau 16 : Réseau CHSLD – Économies potentielles reliées au transfert de la clientèle de moins de 2,5 heures/soins vers des ressources alternatives

	Nombre d'équivalents lits	Coût par lit	Montant
Clientèle transférée en soutien à domicile			
Coût en CHSLD	2 287	44 400 $	101 542 800 $
Coût en soutien à domicile (tableau 15)			(52 731 500 $)
Économie potentielle (A)			48 811 300 $
Clientèle transférée en ressources intermédiaires ou alternatives			
Coût en CHSLD	3 364	50 700 $	170 554 800 $
Coût en ressources intermédiaires (tableau 15)			(79 443 600 $)
Économie potentielle (B)			91 111 200 $
Économies potentielles totales (A+B)			139 922 500 $

Rappelons que ces économies ne tiennent pas compte de tous les coûts de démarrage, ni des mesures qui pourront éventuellement être mises en place pour améliorer la qualité de vie et maintenir en bonne santé la clientèle nécessitant des services de longue durée, tels l'implantation de centres de jour ou l'ajout d'activités dirigées en loisir ou en animation.

L'impact global des divers changement potentiels énoncés précédemment a été évalué en intégrant une marge de manœuvre représentant 1,5 % des lits en CHSLD. De fait, cette marge de manœuvre s'impose sachant que le taux d'occupation des CHSLD frôle déjà le 100 % dans la majorité des établissements, que le profil de la clientèle s'alourdira, qu'il faudra soutenir la transition et assurer une meilleure qualité de services.

Tableau 17 : Impact global des divers changements potentiels d'ici 2011 sur le réseau de soins et services de longue durée

Événement	Nombre de lits en CHSLD	Utilisation de ressources alternatives	Coût annuel total ou économies annuelles totales
Nombre de lits en CHSLD en 2003	13 453		
Impact net du recours aux mesures alternatives (tableau 16)	(2 287) (3 364)	5 651	(139 922 500 $)
Transfert des patients provenant des CHSGS (tableau 12)	469	524	38 802 200 $
Ajout de ressources pour répondre au vieillissement de la population (tableau 14)	1 124	815	81 990 699 $
Rehaussement des lits en CHSLD*			10 189 800 $
Variation de la demande**	145		8 120 000 $
Impact net des changements	9 540	6 990	(819 801 $)

* Rehaussement des lits pour répondre aux besoins de la clientèle nécessitant plus de 2,5 heures-soins.
** Ajout d'une marge de manœuvre de 1,5 % des lits pour absorber la variation de la demande.

En 2011, l'application de l'ensemble des mesures alternatives, soit le développement de services en soutien à domicile et la transformation de lits d'hébergement institutionnel en ressources dans la communauté, devrait se traduire par un total de 9 540 lits en CHSLD pour la clientèle de plus de 2,5 heures-soins et de 6 990 places en ressources alternatives à l'hébergement institutionnel. Ainsi, après avoir financé le coût des mesures alternatives, il se dégagerait une économie annuelle nette de près de 1 M$.

3.4 LES MODALITÉS DE TRANSITION

Pour amorcer la réorganisation du réseau de soins de longue durée, il y aurait lieu de développer environ 250 places en ressources intermédiaires ou alternatives et en soutien à domicile. Pendant cette période, il faudra poursuivre le financement des quelques 200 places en CHSLD jusqu'à l'attrition complète des résidants nécessitant moins de 2,5 heures-soins. Ceci représente un investissement initial d'environ 15 M$, soit 6 M$ pour le développement des ressources alternatives et 9 M$ pour le maintien des places en CHSLD jusqu'à leur fermeture.

Aussi, il s'avère essentiel de mettre en lien le réseau des CHSLD et celui des CHSGS pour juger de la possibilité d'y transférer une partie des patients en attente d'hébergement en CHSGS, autant en USLD, que dans des lits de courte durée.

Enfin, comme la perte d'autonomie augmente de façon importante après 75 ans, et compte tenu des facteurs sociodémographiques propres à Montréal, certains besoins particuliers (santé mentale, hémodialyse et soins palliatifs) sont amenés à prendre de l'ampleur et viendront affecter l'organisation des services.

4. BALISES RÉGIONALES POUR L'INTÉGRATION DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VI

La mise en place des réseaux locaux (projet de loi 25) a donné lieu à l'élaboration, par l'Agence, de balises régionales pour l'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Ainsi, au cours du printemps 2004, le service aux personnes en perte d'autonomie a produit le document : « Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal. Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement – Balises régionales ». Ce dernier a fait l'objet d'une consultation publique lors d'un forum tenu en avril 2004.

Cette section présente en quelque sorte un cadre de référence à partir duquel devront désormais s'articuler l'offre et les modes d'organisation de services pour la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

4.1 LE CONTEXTE

Des données probantes démontrent que, pour les clientèles vulnérables, un réseau de services intégrés aura les impacts positifs suivants : une meilleure santé et l'amélioration du bien-être de la personne rejointe, des soins plus satisfaisants parce que continus et complets et l'obtention de services lorsque requis de même que la diminution des hospitalisations et des séjours à l'urgence.

En se basant sur l'évaluation du projet SIPA il a été démontré qu'une prise en charge plus intégrée permet de diminuer le recours à l'hébergement, de réduire la durée de séjour à l'urgence et d'assurer une plus grande satisfaction des patients. Ainsi, une meilleure coordination et une meilleure intégration des services sont des améliorations recherchées par l'ensemble de la population.

4.2 L'INTÉGRATION DES SERVICES

Dans les *« Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie »*[23], on entend par réseaux de services intégrés des réseaux qui « incorporent les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissement, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs. Les réseaux de services intégrés reflètent une perspective clinique, organisationnelle et financière, et un mode d'organisation de service plutôt qu'un type de services »[24].

Un tel mode d'organisation de services exige que l'ensemble des établissements et des intervenants, incluant les médecins, se perçoivent et agissent comme des éléments d'un tout, responsables et solidaires de répondre aux besoins des clientèles visées avec leurs moyens combinés respectifs. C'est le défi de l'intégration des services qui appelle un changement des mentalités et des pratiques.

Dans cette perspective, et dans le cadre de la planification stratégique, l'Agence de développement identifie une série d'actions et de moyens à mettre de l'avant dont :

- ✓ Recommander un modèle permettant de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie; celui-ci devrait être basé sur un système de première ligne avec des assises communautaires et une approche principalement clinique. Cette approche doit être supportée par des modes de gestion et de financement qui facilitent la réalisation des objectifs cliniques et qui assurent une continuité coordonnée de la prestation des services;
- ✓ Réviser et implanter le cadre de référence du Guichet unique et préciser et promouvoir le rôle du gestionnaire de cas ainsi que sa clientèle cible;

---

[23] MSSS. *Orientations ministérielles sur les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, p. 23, février 2001.

[24] Ibid.

- ✓ Supporter l'émergence des réseaux intégrés de services en adoptant des outils de gestion ou des outils cliniques pertinents;
- ✓ Compléter l'implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) qui servira à évaluer, au plan clinique, toutes les demandes de services à domicile ainsi que toutes les demandes d'hébergement en milieux substituts de longue durée et assurera la continuité des soins à l'intérieur des réseaux de services;
- ✓ Implanter la demande de services interétablissement (DSIE) en version électronique. Cet outil de référence devra être déployé dans tous les établissements concernés (hôpitaux, CLSC, centres de réadaptation) ainsi que dans les GMF;
- ✓ Favoriser l'utilisation des protocoles de soins (SIPA) et autres suivis systématiques existants susceptibles d'améliorer l'intervention clinique, en assurer la diffusion et la mise à jour; en fonction de l'évolution des travaux du ministère à cet égard, implanter un nouvel outil d'orientation pour les services basés sur des « profils clientèle » et évaluer les capacités d'accueil des établissements en fonction de ce nouvel outil.

L'intégration des services doit permettre d'atteindre les objectifs visés par le MSSS[25] pour l'organisation et la gestion du système de santé et de services sociaux :

- ✓ Offrir aux citoyens et aux citoyennes des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture;
- ✓ Assurer une meilleure prise en charge des personnes;
- ✓ Agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population;
- ✓ Rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent;
- ✓ Consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par la distribution des services de première, de deuxième et de troisième lignes;
- ✓ Donner aux gestionnaires des moyens qui favorisent l'initiative et le dynamisme;
- ✓ Impliquer et mobiliser les cliniciens à l'organisation et à la gestion des services;
- ✓ Encourager l'engagement et la responsabilité de chacun.

Rappelons que les services de maintien à domicile et les services dans la communauté étaient organisés principalement sur la base des territoires locaux des CLSC. Les nouvelles instances que sont les CSSS seront appelées à desservir l'ensemble des clientèles résidantes sur leur territoire et à développer des réseaux locaux de services intégrés. Ces actions se réaliseront dans le cadre de différentes problématiques où les clientèles vulnérables, notamment les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, nécessiteront une intervention coordonnée de différents producteurs de services.

---

[25] Tiré de « *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* », MSSS, 3 février 2004, p. 1.

Cette nouvelle structure, de par sa mission première ligne prioritaire, se situera au cœur même du réseau local de services à mettre en place avec l'ensemble des partenaires appelés à contribuer à cette intégration des services pour la population et les clientèles particulièrement visées de son territoire. On pense ici notamment aux CMA[25], aux pharmaciens, aux entreprises d'économie sociale, aux ressources privées. C'est un deuxième niveau d'intégration où le CSSS est appelé à jouer un rôle mobilisateur important dans la conclusion d'ententes avec ces différents partenaires afin d'assurer l'accès aux services requis. Outre ces ententes, le CSSS devra établir des liens de collaboration avec les organismes communautaires œuvrant sur son territoire.

4.3 LES NIVEAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES

4.3.1 Les centres de services de santé et de services sociaux

Le CSSS poursuit les objectifs suivants :

- **Pour la personne et ses proches-aidants :**
  - Assurer une réponse globale, adaptée et évolutive aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie et de ses proches-aidants;
  - Favoriser l'intervention précoce auprès de la personne âgée à risques;
  - Rendre accessible les services pour la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement et ses proches aidants;
  - Répondre aux besoins spécifiques des proches-aidants;
  - Améliorer et mesurer la satisfaction des clientèles et la qualité des services peu importe le lieu de la prestation de services.

- **Pour les intervenants et les gestionnaires du réseau intégré :**
  - Soutenir la mise en place de liens professionnels entre intervenants œuvrant au sein d'organisations et de programmes distincts lorsque nécessaire;
  - Susciter le travail en interdisciplinarité et développer les programmes de formation qui favorisent le développement des connaissances et l'évolution des pratiques;
  - Organiser un environnement permettant une gestion administrative et clinique convergente.

---

[25] On trouvera en annexe 1, un extrait de « *Les CENTRES MÉDICAUX ASSOCIÉS dans le cadre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal* », Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 10 mai 2004, p. 3-6.

Pour le réseau intégré de services de santé et sociaux pour la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement :

- Partager une vision commune quant aux résultats à atteindre (et à mesurer) par les interventions auprès des personnes âgées et leurs proches;
- Utiliser efficacement et avec efficience l'ensemble des ressources mis à la disposition de la population, c'est-à-dire assurer l'accès aux bons services, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût possible pour les personnes qui les requièrent.

4.3.2 Les réseaux locaux de services

« Le modèle des réseaux locaux de services repose sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (spécialisés et surspécialisés) »[27].

Deux principes orientent l'action en vue de mieux intégrer les services :

▷ **La responsabilité populationnelle**

« En vertu de ce premier principe, les différents intervenants dispensant des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible (y compris les services de santé publique qui visent à prévenir les principaux problèmes psychosociaux et de santé) et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux »[28].

La priorité sera accordée à certaines clientèles dont, les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Toutefois, en toute équité, cette responsabilité populationnelle implique que l'on vise à ce que chacun des réseaux locaux de services dispose pour son territoire d'un bassin adéquat et suffisant de ressources comparables afin de répondre aux besoins de leurs populations respectives.

---

[27] *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, p. 2.

[28] Ibid.

▷ **La hiérarchisation des services**

« Le second principe garantira une meilleure complémentarité des services et facilitera le cheminement de l'usager entre les services de première, de deuxième et de troisième lignes, suivant des mécanismes de référence entre les producteurs. Une meilleure accessibilité aux services sera assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers. Ces mécanismes seront bidirectionnels... »[29].

Ce principe prendra tout son sens lorsque viendra le temps au CSSS et à ses partenaires de conclure des ententes. « L'intégration des services, soutenue par un mode de gestion adéquat, permettra d'apporter une meilleure réponse aux besoins des personnes en limitant les barrières entre les établissements et entre les professionnels. Elle repose sur l'engagement et la responsabilisation des cliniciens et des gestionnaires à l'égard de la population et sur la définition de mécanismes fonctionnels de référence et de suivi. Des organisations plus décentralisées, plus souples et plus imputables seront constituées pour actualiser cette orientation »[30].

4.3.3 L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Enfin, le maintien d'un palier régional, l'Agence, constitue un troisième niveau d'intégration qui aura pour rôle de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, de garder une vision régionale de l'organisation des services, centrée sur des objectifs de résultats, d'allouer et de gérer les ressources financières, de planifier les ressources humaines, d'organiser les services médicaux, d'assurer la coordination de l'ensemble des réseaux locaux de services d'une région ainsi que de favoriser les relations entre les régions[31]. Afin d'être soutenue dans l'exercice de ce mandat, l'Agence devra mettre en place un ou des mécanismes de consultation et de coordination régionales qui mettront à contribution chacun des CSSS et des représentants des autres partenaires.

---

29 Ibid., p. 3.

30 Ibid., p. ii.

31 Tiré de *« L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux »*, MSSS, 3 février 2004, p. 13.

4.4 LES COMPOSANTES ESSENTIELLES DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Dans une perspective d'efficacité, d'efficience et de continuité, le CSSS assure la cohésion des activités des dispensateurs de services. Il exerce son leadership dans la réorganisation de ses services, en lien avec ses partenaires. Il établit les mécanismes d'articulation, de référence et rédige les ententes contractuelles pertinentes et significatives pour l'organisation et l'accessibilité des services sur son territoire. Chaque CSSS devra mettre en place des composantes essentielles afin d'assurer le travail en réseau.

4.4.1 Le « Guichet unique » d'accès aux services

▷ **L'accès aux services :**

Chaque CSSS déterminera les modalités de mise en place et de fonctionnement d'un tel guichet unique en tenant compte de ses ressources et de ses autres responsabilités clientèles. Il devra être accessible 7 jours par semaine de 8 h à 22 h.

Ce guichet unique aura pour fonctions, le traitement de toutes les demandes d'information, l'accueil, l'évaluation, l'orientation et la référence, l'accès au service de gestion de cas et la coordination des activités de dépistage.

Puisque les CSSS seront responsables de répondre aux besoins d'hébergement de leur clientèle, le Guichet unique devra éventuellement assurer localement les activités d'accueil, d'analyse, d'orientation et de suivi de toutes les demandes d'hébergement de longue durée ou temporaire en milieu institutionnel ou non institutionnel.

▷ **L'accès à l'hébergement**

Une telle orientation n'est pas sans avoir un impact sur l'évolution du système régional d'admission actuel. Aussi, certaines conditions s'imposent :

- Garantir un accès équitable aux ressources d'hébergement pour toutes les clientèles de tous les CSSS quelque soit son lieu de résidence;
- Assurer la continuité de traitement des demandes concernant les clientèles de moins de 65 ans ayant des besoins d'hébergement institutionnel (10 à 12 %) et qui ont déjà accès aux services d'hébergement des CHSLD actuels;
- Mettre en place des systèmes d'information qui permettent de suivre l'évolution des clientèles et la gestion des lits dans chaque CSSS pour toute la région.

De plus, même si la majorité des orientations et des admissions en hébergement étaient traitées localement par chacun des CSSS et leur guichet unique, une fonction régionale devra être maintenue, à l'Agence ou dans un des CSSS pour toute la région afin de s'occuper notamment :

- De traiter des demandes d'admission et des orientations dans des ressources à caractère régional et spécialisé (unités spécifiques, profil ethno-culturel, déficience auditive ou visuelle, etc.);
- De permettre au système de se doter de mécanismes d'autorégulation pour faire face à des situations de crise (relocalisation d'urgence de bénéficiaires, engorgements importants de lits en CHSGS par des personnes en attente d'hébergement, etc.);
- De faciliter des échanges de ressources entre CSSS lorsque les besoins et le choix de la clientèle l'exigent;
- De régler des litiges interétablissements;
- De négocier et gérer les ententes inter-régionales au chapitre des admissions.

4.4.2 Le gestionnaire de cas

Chaque CSSS devra mobiliser, recruter et s'assurer de la formation d'un bassin de gestionnaires de cas, relié au guichet unique qui en assure l'accès lorsque requis. Ces gestionnaires de cas seront appelés à desservir la partie la plus fragilisée de la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement qui :

- Vit encore dans la communauté;
- Présente un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité, avec une autonomie fonctionnelle évaluée de modérée à sévère aux plans physique, psychique ou social;
- Nécessite un soutien significatif en terme d'accompagnement et d'aide ainsi qu'une coordination systématisée et soutenue de l'ensemble des services requis.

Les interventions et services seront généralement de longue durée et le niveau de services requis pourra être élevé, diversifié et intensif.

Les gestionnaires de cas seront mandatés à s'impliquer directement dans la prestation de services. Ils seront affectés exclusivement à la gestion de cas, cliniquement associés à une équipe multidisciplinaire de base représentant les programmes de services diversifiés du CSSS et formés spécifiquement en géronto/gériatrie et en gestion de cas. Leurs rôles seront :

- D'évaluer les besoins;
- De planifier et coordonner l'ensemble des interventions facilitant l'accès aux différents services requis par les personnes âgées et leurs proches, que ces services soient dispensés par le réseau public, communautaire, privé ou médical;

- D'élaborer ou de s'assurer de l'élaboration du plan de service individualisé (PSI);
- D'accompagner la personne âgée et ses proches tout au cours de la réalisation PSI;
- De voir à ce que les besoins de la personne et ses proches soient répondus de façon adéquate au plan clinique, efficiente au plan organisationnel, satisfaisante pour la personne et ses proches.

Le gestionnaire de cas devrait être formellement reconnu et investi de l'autorité clinique et disposer des outils nécessaires à faire son travail.

4.4.3 Les outils et systèmes d'information

▷ **L'outil d'évaluation multiclientèle**

En mars 2002, le Ministère annonçait l'implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle[32] dans l'ensemble des établissements du Québec et son utilisation par tous les intervenants du réseau qui ont à évaluer des personnes en perte d'autonomie.

L'obligation d'utiliser l'outil d'évaluation multiclientèle pour donner accès à tous les services du CSSS destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, est maintenue. Les CSSS devront s'assurer que leur personnel est en tout temps formé à son utilisation.

▷ **Un système uniforme d'orientation : ISO-SMAF33**

Pour assurer la gestion et le monitorage du système intégré, une classification des besoins basée sur les caractéristiques essentielles des usagers est nécessaire. La définition de l'autonomie fonctionnelle de la santé, proposée par l'OMS dans la classification des déficiences, incapacités et handicaps, représente un cadre théorique pertinent et applicable. C'est sur ce modèle qu'a été développé le SMAF, l'instrument principal de l'outil d'évaluation multiclientèle implanté partout au Québec tant pour les services de soutien à domicile que pour l'admission en hébergement.

---

[32] L'OÉMC origine d'une collaboration entre la Régie régionale de Montréal et le Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Institut universitaire de Sherbrooke. Implanté en 1992 dans les CLSC de Montréal et de Laval, l'outil a fait l'objet d'une révision en 1994 et d'une bonification en 2002.

[33] Informations tirées de Réjean Hébert, Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité de services, PRÉ-Colloque PRISMA-Avril 2003.

À partir d'un étude provinciale basée sur l'utilisation du SMAF, les chercheurs ont développé les 14 profils ISO-SMAF afin de circonscrire des groupes homogènes quant à leur profil, mais hétérogènes entre eux. Ces profils (cinq groupes de profil) sont ordonnés d'un niveau d'incapacité faible à un niveau d'incapacité très important.

Ces profils peuvent être utilisés pour guider la prescription de services cliniques, mais aussi pour la gestion opérationnelle des ressources. Le Ministère serait favorable à cet outil et quelques régions l'utilisent déjà. Les nouveaux CSSS et l'Agence devront se pencher sur la question.

- **Les plans de services individualisés**

Les CSSS devront s'assurer que leurs gestionnaires de cas établissent systématiquement des plans de services individualisés pour leur clientèle vulnérable en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Partie intégrante du dossier de la personne, le plan de services individualisé est établi en équipe multidisciplinaire lors d'une rencontre réunissant la personne en perte d'autonomie ou ses proches et les principaux intervenants impliqués dans les soins et services.

- **L'utilisation d'outils cliniques adaptés**

Une des conditions de réussite de la mise en place de ces réseaux de services intégrés est le recours à des outils de travail communs, notamment : grilles de dépistage, grilles d'observations cliniques pour les infirmières, protocoles de soins, programmes d'enseignement structuré, protocoles de suivi systématique ou structuré.

À Montréal, plusieurs outils cliniques communs sont déjà utilisés, tels ceux développés dans le cadre du projet SIPA (démence, dépression, chutes, troubles de la marche et ostéoporose, médicaments, nutrition, insuffisance cardiaque) et ceux dans le cadre du réseau de services intégrés MPOC. Les CSSS devront maintenir l'utilisation de ces outils communs.

D'autres outils cliniques seront à développer et ceux existants nécessiteront des mises à jour régulièrement. Ces tâches pourraient être confiées par l'Agence aux établissements abritant une mission universitaire de recherche et d'enseignement.

▷ **Des outils communs informatisés – La demande de services interétablissements (DSIE)**

La DSIE est un système d'information qui supporte le continuum de soins et services entre les établissements. Cet outil facilite le passage d'un patient des soins généraux ou spécialisés vers la première ligne. Ce maillage des processus de référence entre les établissements permet de gagner en rapidité et en fiabilité.

Chaque CSSS et ses partenaires du réseau, tant publics que privés conventionnés, devront s'assurer que leur personnel est formé et utilise l'outil informatisé DSIE qui deviendra l'outil de référence privilégié dans la région.

4.4.4 Le mécanisme d'accès à l'hébergement

À Montréal, l'admission dans les centres d'hébergement publics et privés conventionnés est centralisée au Service régional d'admission géré par l'Agence. Les personnes peuvent être admises dans n'importe lequel des centres d'hébergement de l'île : le lieu de résidence n'est pas un critère d'admission et les centres n'ont pas de responsabilité territoriale en matière d'hébergement. Cependant, les facteurs linguistiques et culturels doivent être pris en compte, de même que les liens conjugaux et familiaux, les préférences des usagers, le niveau d'intensité des soins requis et l'offre de service disponibles à cet égard.

En région, l'intégration des services de première ligne et d'hébergement à l'échelle de la municipalité régionale de comté (MRC) permet de regrouper tous les budgets disponibles pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans une même enveloppe. Ceci a pour effet de susciter une utilisation optimale des ressources les plus intensives, en complément aux ressources familiales et intermédiaires et aux services à domicile, au sein d'un continuum de services intégrés dynamiquement.

À Montréal, actuellement, il n'y a pas de corrélation entre le déploiement des ressources d'hébergement sur une base géographique et les besoins de la population de chacun des territoires de CLSC. Il n'y a pas de lien entre le lieu de résidence et le territoire où la personne est hébergée, tant à l'échelle locale qu'à l'échelle sous-régionale. Le déploiement des ressources d'hébergement n'a pas été fait en fonction des besoins territoriaux, mais en fonction de toute une série de facteurs qui ont évolué au cours de l'histoire.

Ainsi, du côté de l'hébergement, les regroupements territoriaux sur une base locale ne sont pas un levier permettant d'améliorer l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, compte tenu de la répartition des installations et du système d'admission actuel.

D'ici à ce que les conditions de réalisation soient rencontrées et que toutes les analyses soient réalisées, le système régional d'admission actuel devra continuer ses activités tout en adaptant son fonctionnement à la nouvelle réalité. Une période minimale de deux ans est envisagée avant que les CSSS ne prennent l'entière responsabilité de leur mécanisme d'accès.

Une autre voie explorée dans le cadre du projet SIPA est envisageable, soit celle de rendre disponible au CSSS responsable de sa population locale en perte d'autonomie sa quote-part du budget régional consacré au maintien à domicile et à l'hébergement. Ainsi, en fonction des besoins, le CSSS pourrait acheter les soins d'hébergement requis ou financer le patient qui pourrait acheter lui-même les services requis.

4.4.5 La garde infirmière et la garde médicale associées[34]

La garde médicale infirmière et la garde médicale associées est une composante des services à domicile. Ces services doivent être consolidés et s'articuler dans une organisation tenant compte désormais des nouveaux découpages territoriaux relatifs aux CSSS.

4.4.6 Les services médicaux

Des ententes devront être convenues entre les CSSS et les CMA. Une entente de ce genre préciserait les responsabilités des uns et des autres et les modalités d'accès aux services de chacun pour leurs clientèles en perte d'autonomie liées au vieillissement, que ce soit les clientèles respectives ou communes. Ainsi :

Les médecins devront avoir accès pour leur clientèle :

- Aux divers programmes du CSSS tels les services préventifs, Info-Santé, la garde infirmière et médicale associées, les services infirmiers et autres services multidisciplinaires de l'équipe de soutien à domicile régulier ou intensif, des centres de jour, de la réadaptation, le répit-dépannage, les services diagnostiques et des plateaux techniques de base, l'urgence, l'hébergement temporaire ou permanent, et autres;
- Au guichet unique pour orienter la clientèle âgée selon les demandes de services;
- Aux gestionnaires de cas lorsque présents au dossier;
- Aux services spécialisés pour lesquels le CSSS a des ententes (cliniques spécialisées, centres hospitaliers à vocation universitaire, spécialisés ou surspécialisés).

---

[34] Cette composante est déjà abordée dans la section 2 de ce document.

Le CSSS devra avoir accès pour sa clientèle :

- À des services médicaux selon l'entente conclue avec le CMA avec rendez-vous et sans rendez-vous;
- À des visites médicales à domicile sur le territoire de référence;
- Aux médecins pour les clientèles vulnérables ou étant dépourvues de médecins traitants;
- Aux médecins de façon privilégiée sur demande des gestionnaires de cas.

En toute circonstance, le maintien du médecin traitant choisi par l'usager est prépondérant et devra être respecté et ce, en conformité avec la Loi sur la santé et les services sociaux. Cette obligation aura des incidences sur les lignes de communication entre les CMA et les différents CSSS.

Des mécanismes d'articulation et de coordination des interventions de chacun seront à mettre en place. Dans les situations des clientèles les plus vulnérables, les rôles du gestionnaire de cas et du médecin traitant sont centraux. Il sera donc important que ces deux acteurs puissent facilement communiquer au besoin.

4.5 LES CORRIDORS POUR GARANTIR L'ACCÈS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS

4.5.1 Des services spécialisés de gériatrie

Actuellement 15 CHSGS se partagent 310 lits de gériatrie auxquels s'ajoutent 36 lits dans 2 CHSLD. Des services d'évaluation gériatrique sont également disponibles sur une base externe notamment en hôpital de jour et en clinique externe en CHSGS.

Il est essentiel que les CSSS et les médecins des CMA puissent avoir un accès direct dans un délai approprié aux services de gériatrie requis par la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement, que ce soit sur une base interne ou externe, ce qui pourrait entre autres éviter un recours inapproprié à la salle d'urgence.

Par ailleurs, les centres hospitaliers qui opèrent des unités de courte durée gériatrique doivent pouvoir compter sur des mécanismes de liaison efficaces avec les CSSS afin de planifier de façon optimale le retour à domicile de la clientèle hospitalisée ou son orientation vers une ressource d'hébergement lorsque sa situation le nécessite. Une référence précoce au guichet unique et l'implication rapide des gestionnaires de cas pour la clientèle déjà connue sont deux éléments facilitateurs à cet égard.

Des ententes intégrant ces différents aspects devront donc être conclues entre les CSSS, les CMA et les CHSGS qui ne feront pas partie d'un CSSS, pour garantir cet accès aux services de gériatrie sur une base interne et externe.

4.5.2 Des services spécialisés de psychiatrie et de psychogériatrie

Des ententes devront aussi être conclues avec les établissements disposant de ressources en psychogériatrie et psychiatrie afin que tous les CSSS et les CMA puissent avoir accès à ces services pour leur clientèle qui le nécessite. On pense notamment à la clientèle à domicile ou hébergée en milieu institutionnel présentant entre autres une démence ou des manifestations diverses de troubles du comportement pour lesquels l'apport de ces spécialités est incontournable.

4.5.3 Des services spécialisés de réadaptation

Les services de réadaptation sont actuellement dispensés par les CHR, les URFI en CHSLD, les hôpitaux de jour et par les centres de réadaptation en déficience physique.

Dans le cadre de sa planification stratégique, l'Agence de développement souligne l'importance d'optimiser les services offerts par les hôpitaux de jour, lesquels devraient être disponibles sur l'ensemble des sous-territoires. Par ailleurs, le rôle des URFI doit être précisé par rapport aux autres ressources de réadaptation fonctionnelle.

Enfin, il faudra également évaluer l'accessibilité clinique et géographique et dégager des pistes d'action pour que les programmes spécialisés de gériatrie, psychogériatrie et gérontopsychiatrie pour la clientèle dans la communauté et en milieux substituts soient disponibles et intégrés aux réseaux locaux.

Des ententes devront être conclues afin de garantir l'accès à des services de réadaptation sur une base interne et externe aux clientèles de chacun des CSSS pour favoriser le maintien ou le recouvrement d'un niveau d'autonomie optimal. De la même façon que pour les services de gériatrie, les délais d'accès aux services et les modalités de liaison constituent des enjeux majeurs.

4.6 LES LIENS DE COLLABORATION AVEC LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

La contribution des organismes communautaires au bien-être des personnes âgées n'est plus à démontrer. Actifs notamment au niveau des popotes roulantes, des centres communautaires pour aînés, de l'accompagnement, du transport, de la défense des droits, les organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées sont des instances libres et autonomes.

Issus de la communauté et légalement constitués, ces organismes déterminent librement leurs orientations, définissent leur programme d'activités et services et agissent la plupart du temps directement auprès des personnes âgées.

Autour de 80 organismes communautaires sont subventionnés par l'Agence, à l'intérieur de son programme de soutien aux organismes communautaires (SOC), catégorie personnes âgées. Les activités et services offerts par ceux-ci sont dispensés majoritairement par des bénévoles. Les CSSS devront développer les liens suivants :

- ✓ Soutenir les organismes communautaires dans l'accomplissement de leurs missions;
- ✓ Développer ou consolider des liens étroits de partenariat avec les organismes communautaires;
- ✓ Susciter la participation des organismes communautaires aux différentes tables de concertation gérées par les CSSS pouvant porter sur l'organisation locale des services, l'approfondissement de certaines problématiques tels que l'abus, la violence, l'isolement vécus par les personnes âgées, les mesures de soutien aux organismes communautaires;
- ✓ Encourager la participation des organismes communautaires lors de l'élaboration des plans de services individualisés.

Ces relations doivent être imprégnées du respect de la mission des organismes communautaires et des rôles et responsabilités de chacun.

4.7 LA GAMME DE SERVICES POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Dans le cadre du modèle proposé d'intégration des services de santé et des services sociaux pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, le CSSS est responsable de l'orientation de la clientèle visée et de l'accès aux services requis. Conséquemment, chaque CSSS fournit à partir de ses ressources de première et deuxième ligne les services nécessaires et voit à conclure des ententes avec ses partenaires pour compléter son offre de service de première et deuxième lignes et donner accès aux services surspécialisés de troisième ligne, lorsque nécessaire.

Ainsi, tel que présenté dans le tableau suivant, voici les services qui devraient être mis à la disposition de la population en perte d'autonomie liée au vieillissement de chaque territoire de CSSS.

CSSS	Autres établissements ou organismes (CHU, CAU, CMA, etc.)
SERVICES DE 1RE LIGNE • Activités de prévention et d'information • Info-Santé • Activités de dépistage • Accueil, évaluation initiale, orientation, référence, analyse et suivi • Gestion de cas • Soins et services de soutien à domicile régulier et intensif • Soins palliatifs • Urgences[35] • Services médicaux généraux (avec rendez-vous, sans rendez-vous, à domicile) • Support aux proches-aidants • Centre de jour • Hébergement temporaire planifié ou d'urgence sociale • Hébergement en ressources institutionnelles et non institutionnelles	• Urgences • Services médicaux généraux (avec rendez-vous, sans rendez-vous, à domicile) • Organismes communautaires • Pharmaciens • Ressources privées • Entreprises d'économie sociale
CSSS	**Autres établissements ou organismes (CHU, CAU, CMA, etc.)**
SERVICES DE 2E LIGNE • Cliniques spécialisées (ex.: IUGM ou CLSC René-Cassin) • Services gériatriques internes et externe • Réadaptation interne et externe[36] • Unité de courte durée gériatrique • Psychogériatrie • Services médicaux spécialisés • Services hospitaliers de courte durée	• Services gériatriques internes et externe • Réadaptation interne et externe • Unité de courte durée gériatrique • Psychogériatrie • Gérontopsychiatrie • Services médicaux spécialisés • Services hospitaliers de courte durée
SERVICES DE 3E LIGNE	Services médicaux surspecialisés

L'offre de service doit être adaptée aux caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population à desservir. Mentionnons que pour certaines des clientèles, qui peuvent présenter des caractéristiques particulières associées, la masse critique ne justifie pas des ressources adaptées dans chaque CSSS. Des programmes régionaux d'hébergement devront donc être maintenus ou créés pour répondre à ces besoins spécifiques et confiés à certains CSSS sous la forme d'un mandat régional :

- ✓ Problèmes de comportement ou de santé mentale (unités spécifiques de type I, II et III);
- ✓ Déficience intellectuelle ou de multiples handicaps;
- ✓ Déficience visuelle;
- ✓ Déficience auditive;
- ✓ Profil ethnoculturel.

---

[35] Selon le niveau d'interventions certains situeraient aussi l'urgence en 2e ligne.

[36] L'hôpital de jour est un des moyens pour offrir des services gériatriques et de réadaptation à l'externe.

5. QUELQUES PISTES DE SOLUTION

5.1 LES MESURES ALTERNATIVES À L'HÉBERGEMENT EN CHSLD[37]

La constitution de nouveaux modèles de prise en charge, que ce soit au domicile ou dans une ressource résidentielle, s'inscrit dans la perspective d'adapter les services aux besoins de la clientèle et ainsi assurer à l'usager une meilleure qualité de vie. À cet égard, le MSSS demandait aux régies régionales de planifier le développement de services, autres que l'hébergement institutionnel, favorisant le soutien à domicile ou dans la communauté[38].

Ainsi, dans le cadre de sa planification stratégique 2003-2006, l'Agence entend développer dans une première phase un maximum de places d'hébergement alternatif à l'hébergement institutionnel afin de se rapprocher de la cible de 1 245 places. Pour ce faire, diverses actions devront être entreprises :

- ✓ Mandater des CHSLD publics de la région pour susciter le développement de places en ressources intermédiaires, conformes au cadre de référence du Ministère, pour répondre aux clientèles ayant besoin de moins de 2,5 heures-soins/jour avec encadrement ou surveillance intensive et ne pouvant vivre seules;
- ✓ Financer la création des places en ressources intermédiaires;
- ✓ Explorer la création d'autres ressources alternatives équivalentes mettant à profit le secteur communautaire ou privé.

En se référant aux demandes d'admission en CHSLD par niveau d'heures-soins, il est possible d'évaluer la nature et le volume de mesures alternatives à l'hébergement en CHSLD dont nous devrions disposer. Nous croyons donc que :

- ✓ La clientèle nécessitant moins de 2,5 heures-soins sans surveillance, 17 % des personnes hébergées, pourrait être prise en charge à domicile;
- ✓ La clientèle nécessitant moins de 2,5 heures-soins, mais qui a besoin de surveillance, pourrait être transférée en ressources intermédiaires ou alternatives, cette clientèle représente 25 % de l'ensemble;
- ✓ La clientèle nécessitant plus de 2,5 heures-soins, soit 58 %, devrait demeurer en CHSLD pour recevoir des soins appropriés à leur état de santé.

---

[37] Cette section est extraite en partie du « Document de soutien aux balises de la Régie régionale de Montréal-Centre pour les projets des deux centres hospitaliers universitaires de Montréal » Balises soumises le 3 septembre 2003 au MSSS », décembre 2003.

[38] MSSS, Plan de mise en œuvre des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, juin 2003.

La volonté de favoriser une prise en charge à domicile ou dans un milieu substitut doit être assortie de diverses mesures qui contribuent à offrir un environnement adapté, sécuritaire et de qualité. Ces mesures se traduiraient par :

- ✓ Le développement des services à domicile : augmentation de l'intensité (de 25,4 à 34,2 visites par année), et augmentation du volume de clientèle desservie (de 37 000 à 49 000 personnes âgées);
- ✓ La consolidation du système de garde infirmière et de garde médicale associées les soirs, nuits, fins de semaine et congés fériés sur chacun des quatre territoires couverts par les centrales 24/7 Info-Santé;
- ✓ Des services médicaux assurant une prise en charge continue et intégrée des clientèles et l'accès en tout temps aux soins de première ligne, de même qu'au recours à des plateaux techniques essentiels, et à la consultation en spécialité;
- ✓ L'accès à un programme « centre de jour », y compris pour la clientèle vivant en milieu substitut;
- ✓ Des mesures de soutien pour les proches-aidants;
- ✓ Une plus grande accessibilité et efficience des services en hébergement temporaire, par une augmentation du nombre de lits pouvant recevoir la clientèle en moins de 24 heures et par la révision de la distribution des sites;
- ✓ Le développement d'unités de logements sociaux avec services : il s'agit d'assurer les services requis pour la réalisation d'unités de logements sociaux et communautaires dans le cadre du programme Accès-Logis, volet 2. Les services et soins sont rendus disponibles via les CLSC; des ententes entre partenaires concernés devront être prises quant aux services complémentaires, tels la sécurité et l'alimentation.

5.2 LA CONSOLIDATION DU RÉSEAU DES CHSLD

5.2.1 Le rehaussement des lits[39]

L'objectif de rehausser les critères d'admission en CHSLD à 2,5 heures-soins devient un enjeu majeur compte tenu de la répartition actuelle des lits. La presque totalité des lits de moins de 1,5 heure-soins est située dans les établissements déjà rénovés et mis aux normes. Il faudrait, pour rehausser ces lits augmenter de façon considérable le budget des établissements concernés.

[39] Les données présentées ici sont extraites du document « La Santé en action ». Elles sont à interpréter à titre indicatif puisqu'elles diffèrent des données disponibles en date de mars 2004.

De fait, chaque tranche de mille lits qui passerait de la catégorie intermédiaire (1,5 à 2,5 heures-soins) à la catégorie supérieure (plus de 2,5 heures-soins), nécessiterait un ajout annuel de 10 M$. Par ailleurs, chaque groupe de 1 000 lits qui pourrait être fermé pour des raisons de vétusté ou de diminution du taux d'hébergement institutionnel représente un potentiel de réallocation. On notera enfin que le parc de lits montréalais compte plus de 3 000 lits très vétustes et que la mise aux normes de ces lits nécessiterait des immobilisations de l'ordre de plus de 228 M$.

Il importe cependant de maintenir, dans l'intervalle, le nombre de lits actuels et rehausser l'intensité des services au delà de 2,5 heures-soin s/jour, en priorité dans les CHSLD rénovés, mis aux normes, pour lesquels il ne manque que le budget de fonctionnement adéquat. Ce rehaussement permettrait d'atteindre la proportion de 60 % de lits offrant des services de 2,5 heures-soins et plus, comparativement au 47 % actuel. Aussi, il faut rehausser le taux de réponse à 80 % conformément au plan de la Régie régionale de 1998-2002.

5.2.2 L'équité d'accès selon les caractéristiques culturelles et linguistiques

Au regard des communautés culturelles, l'Agence de développement entend améliorer l'équité d'accès aux services en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population. De façon plus spécifique, il s'agit :

- D'assurer un meilleur équilibre entre la demande et la disponibilité de lits pour les personnes de langue anglaise; l'objectif visé pour 1998-2002 était de 30,9 %, alors que la situation actuelle est de 22 %;
- D'améliorer l'adaptation culturelle de nos services en poursuivant la mise en place de programmes de confort culturel dans les établissements existants ou dans de nouvelles ressources intermédiaires.

5.2.3 Les programmes régionaux

Des programmes régionaux d'hébergement devront être maintenus ou créés pour répondre à des besoins spécifiques et confiés à certains CSSS sous la forme d'un mandat régional, compte tenu des masses critiques. À cet égard, l'Agence de développement, dans le cadre de sa planification stratégique entend consolider et développer des unités spécifiques dans certains CHSLD qui exerceraient dès lors un mandat régional. De façon plus spécifique, il s'agit de mettre en place :

- Des unités de type I pour des clientèles en perte d'autonomie présentant des comportements agressifs liés principalement, mais non exclusivement à une pathologie organique;
- Des unités de type II pour des clientèles en perte d'autonomie présentant des comportements agressifs liés à une double problématique, psychiatrique et organique;
- Une unité spécifique de type III de 12 à 15 lits pour des clientèles en perte d'autonomie qui présentent des comportements agressifs répétitifs envers eux-mêmes ou autrui et dont la dangerosité a été documentée.

5.3 LA RÉDUCTION DES LITS DE LONGUE DURÉE EN CHSGS

La réduction des lits de longue durée en CHSGS permettrait d'une part de répondre aux besoins de la clientèle qui y est en attente d'hébergement et d'autre part d'améliorer l'accès à l'hospitalisation.

Une telle opération se traduirait par le transfert d'une portion du budget rattaché aux lits d'USLD, soit :

- ✓ Vers les CHSLD, pour mieux répondre à sa clientèle;
- ✓ Pour le développement de services à domicile;
- ✓ Pour l'implantation de mesures alternatives à l'hébergement institutionnel.

5.4 LES CONDITIONS DE RÉALISATION

Les balises proposées pour l'intégration des services destinés aux personnes en perte d'autonomie impliquent certains changements structuraux :

- ✓ Des ressources importantes doivent être rendues disponibles, notamment au chapitre du financement de gestionnaires de cas, du développement des services de soutien à domicile, de la création de ressources intermédiaires et du rehaussement des lits institutionnels pour faire face à l'alourdissement des clientèles;
- ✓ Il s'avère essentiel de mettre en lien le réseau des CHSLD et celui des CHSGS pour juger de la possibilité d'y transférer une partie des patients en attente d'hébergement en CHSGS;
- ✓ La gestion par programme devrait assurer que certains besoins particuliers (problème de santé mentale, hémodialyse, soins palliatifs, etc.), amenés à prendre de l'ampleur, seront pris en compte dans l'élaboration tant de l'offre de service que de l'organisation de ceux-ci. En ce qui a trait spécifiquement aux soins palliatifs, les CHSLD devraient organiser des services appropriés afin que ces soins soient dispensés lorsque requis. De plus, ils devront développer d'autres lits de soins palliatifs pour la clientèle en provenance de la communauté;
- ✓ Les partenaires impliqués dans l'enseignement et la recherche touchant à la problématique de la perte d'autonomie liée au vieillissement devront également être mis à contribution pour améliorer les modèles de pratique.
- ✓ Des stratégies de concertation et d'implantation sur chaque territoire de CSSS devront être élaborées avec la collaboration de l'Agence et des réseaux locaux afin d'adapter les orientations aux réalités territoriales et à celles de la région.

Également de façon concertée, des échéanciers devront être établis afin de tenir compte des nombreux changements dans l'environnement de la santé et des services sociaux.

CONCLUSION

Dans la perspective de mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, ce document unifié des travaux réalisés par l'Agence présente une vue d'ensemble des services offerts à cette clientèle, permet d'identifier les améliorations souhaitées et de dégager les principaux enjeux ou interrogations qui en découlent :

- ✓ Quels devraient être la gamme et le niveau de services de soutien à la communauté?
- ✓ Quelle capacité d'hébergement doit-on viser d'ici cinq ans, en tenant compte de la diversités des formules :
  - Hébergement institutionnel,
  - Ressources intermédiaires,
  - Ressources de type familial,
  - Hébergement privé avec but lucratif,
  - Hébergement privé sans but lucratif,
  - Logements sociaux avec services communautaires.
- ✓ Quelle formule permettrait de desservir adéquatement les personnes ayant des problèmes cognitifs et nécessitant des services de gardiennage et de surveillance?
- ✓ Comment rendre accessibles des formes d'hébergement privé avec ou sans but lucratif aux personnes socio-économiquement défavorisées?
- ✓ Comment financer le développement préalable des ressources alternatives à l'hébergement institutionnel avant de réduire le nombre de places dans ce secteur et de rehausser l'intensité des services offerts?
- ✓ Par quel type de ressources remplacer les installations vétustes?
- ✓ Comment assurer, dans la communauté, une prise en charge 24 heures, 7 jours, des clientèles vulnérables?
- ✓ Que doit-on prévoir pour les clientèles marginales, souvent réfractaires à intégrer les programmes et services courants?
- ✓ Plusieurs autres secteurs du réseau de la santé et des services sociaux assument la prise en charge au plan résidentiel de personnes vieillissantes, notamment des personnes placées en ressources de type familial et intermédiaires. Comment les services en perte d'autonomie liée au vieillissement peuvent-ils répondre à leurs besoins?
- ✓ Quelle sera la contribution des différents secteurs à la desserte des personnes âgées en perte d'autonomie : public, privé, communautaire, coopératif, économie sociale, logement social et municipal?

L'ensemble de ce questionnement, tout comme le contexte actuel de réorganisation du réseau de services et la spécificité montréalaise, devront être pris en compte dans le plan d'action sur les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement que nous sommes à élaborer. Basé sur les alternatives à l'hébergement institutionnel, ce plan d'action s'inscrit en continuité des travaux régionaux et vise à :

- ✓ Consolider la gamme de ressources d'hébergement dans le but d'offrir à la population cible un éventail de milieux de vie diversifiés et adaptés à ses besoins;
- ✓ Intégrer les ressources alternatives à l'hébergement institutionnel dans le continuum de services aux personnes en perte d'autonomie, notamment en assurant dans ces nouvelles ressources l'accès aux soins et services requis, tels que les services de base, les services professionnels, les activités de jour et les services médicaux;
- ✓ Permettre aux CSSS d'assumer leur responsabilité dans la gestion de la transformation de leurs ressources institutionnelles dans le développement, la gestion ainsi que l'accès aux ressources alternatives à l'hébergement.

ANNEXE I

Les centres de jour - Indicateurs de gestion

Pour compléter ce cadre de référence, quelques indicateurs de gestion sont suggérés. L'objectif poursuivi ici n'est pas de dresser une liste exhaustive des indicateurs pouvant être mesurés en centre de jour. Il s'agit plutôt d'alimenter les réflexions de chaque équipe de centre de jour, au regard de la sélection et de l'utilisation d'un nombre restreint d'indicateurs, parmi les plus pertinents, pour la gestion du programme, dans l'optique d'une utilisation optimale des ressources en vue d'atteindre les résultats souhaités.

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé[40] propose un cadre conceptuel qui a servi de base à l'identification d'indicateurs dans le présent document.

- **Les indicateurs de structure**

  Ces indicateurs donnent de l'information sur des données qui sont stables dans le temps, par exemple, le nombre d'heures travaillées, le nombre de postes, les espaces utilisés par le centre de jour, le nombre de places quotidiennes au centre de jour, etc.

- **Les indicateurs de processus**

  Ces indicateurs sont actuellement ceux qui sont les plus utilisés par les centres de jour. Ils sont en lien avec les processus établis par le programme. Beaucoup de ces indicateurs sont déjà compilés pour répondre aux impératifs des rapports statistique et financier annuels des établissements, par exemple :
  - Le nombre de clients rejoints par année;
  - Le nombre de présences par jour[41];
  - La fréquence des visites;
  - Le coût par visite;
  - Le nombre d'inscriptions par période ou par année;
  - Le nombre de fermetures de dossiers par période ou par année.

---

[40] CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ, *Guide pour l'élaboration et l'utilisation d'Indicateurs de rendement*, Ottawa, 1996.

[41] La comparaison des centres de jour entre eux à ce chapitre doit être faite avec prudence puisque les présences ou les visites peuvent être de durée variable, c'est-à-dire s'étendront sur toute la journée ou sur un avant-midi ou après-midi seulement.

D'autres indicateurs sont de plus suggérés :

- Le taux de roulement de la clientèle : le nombre de congés sur le nombre de clients rejoints exprimé en pourcentage;
- Le délai d'accès aux services : nombre de jours s'étant écoulés entre la date de réception de la demande et la date de la première visite planifiée en excluant l'évaluation;
- Le taux d'absence (ou de fréquentation);
- Le nombre de références sur le nombre d'inscriptions exprimé en pourcentage.

Finalement, il serait pertinent de prévoir un indicateur qui renseignerait sur le niveau de coordination des interventions du centre de jour avec le programme de services à domicile. Cet indicateur pourrait être le nombre d'usagers ayant un PSI ou le nombre de rencontres effectuées avec le programme de soutien à domicile en lien avec le PSI d'un usager, etc.

- **Les indicateurs de résultat**

Actuellement, ces indicateurs sont peu utilisés en centre de jour au détriment des indicateurs de processus. Or, ces indicateurs sont très importants si on désire mesurer l'effet de la fréquentation du centre de jour sur la clientèle et les proches-aidants ainsi que l'atteinte des objectifs généraux du programme.

Il est donc essentiel que ces indicateurs soient en lien avec le mandat et les objectifs poursuivis par le centre de jour c'est-à-dire *le maintien à domicile dans le contexte d'une qualité de vie optimale* et plus précisément :

- Le maintien ou l'amélioration de l'état de santé bio-psycho-sociale;
- Le maintien et la consolidation des capacités;
- Le soutien aux proches-aidants.

Les indicateurs suivants sont suggérés :

- La durée moyenne de séjour;
- Le nombre de dossiers ouverts et fermés la même année;
- Le motif de cessation des services;
- Le niveau de bien-être;
- Le niveau d'autonomie;
- La satisfaction de la clientèle et des proches;
- Le niveau d'épuisement des proches.

Il est aussi essentiel que ces indicateurs soient mesurés par des outils fiables et validés.

Mentionnons que certains résultats de l'évaluation peuvent être liés au profil de la clientèle rejointe qui peut varier d'un centre de jour à l'autre. Par exemple, un centre de jour qui reçoit une clientèle avec des problèmes de santé et des incapacités plus nombreuses et importantes que la moyenne pourrait afficher une durée de séjour moins longue sans que l'efficacité de ses interventions ne soit nécessairement en cause.

Les indicateurs peuvent servir à suivre l'évolution du programme d'une année à l'autre par exemple. Si les résultats obtenus sont utilisés dans le but de comparer les centres de jour entre eux, ils doivent toujours être analysés à la lumière du profil de la clientèle rejointe en tenant compte, par exemple :

- De l'âge moyen de la clientèle;
- De son niveau d'autonomie;
- Du pourcentage de la clientèle utilisant un aide à la marche (particulièrement pour ceux se mobilisant en fauteuil roulant);
- Du pourcentage d'usagers vivant seul;
- Etc.

Idéalement, cette démarche d'identification devrait être partagée par tous les centres de jour afin qu'ils utilisent les mêmes indicateurs de gestion et les mêmes instruments de mesure. D'ailleurs, des indicateurs de suivi devront être identifiés dans le cadre du processus de reddition de compte que l'Agence doit mettre en place. Des liens devraient de plus être établis avec des chercheurs en gériatrie pour s'assurer d'une démarche rigoureuse dans l'identification de ces outils de mesure.

Enfin, il importe de souligner qu'il demeure difficile d'isoler les résultats attribuables uniquement à la participation du client au centre de jour puisque d'autres programmes et services interviennent au même moment en poursuivant le même objectif de maintien à domicile, ce qui milite en faveur d'un arrimage avec le programme de services à domicile pour le volet évaluation.

ANNEXE II

Les centres de jour - Critères d'admissibilité

Plus spécifiquement, la clientèle admissible au programme « centre de jour » :

✓ **Est habituellement âgée de 65 ans et plus**

La clientèle de moins de 65 ans peut être admise en centre de jour dans la mesure où :

- Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type de démence;
- Elle présente une pathologie ou une condition habituellement associée à un âge avancé, c'est-à-dire dont l'incidence et la prévalence sont beaucoup plus importante après 65 ans, et ses habitudes de vie et rôles sociaux s'apparentent ou sont compatibles à ceux d'une personne âgée[42];
- Elle accepte d'être intégrée dans un groupe composé de personnes âgées.

Il importe cependant de souligner que, bien que la clientèle de moins de 65 ans ne soit pas d'emblée exclue, le programme « centre de jour » fait partie du réseau intégré de services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et qu'en raison des ressources limitées, il ne saurait compenser pour l'absence de ressources dans d'autres réseaux de services (ex : déficience physique, santé mentale).[43]

✓ **Vit à domicile**

- En référence à la Politique de soutien à domicile[44], la notion de « domicile » inclut la maison individuelle, le logement, la résidence collective et la résidence privée.
- La clientèle résidant en ressource de type familial (RTF), c'est-à-dire en résidence d'accueil, est également admissible au centre de jour.
- La clientèle résidant en ressource de type intermédiaire (RI) ou en CHSLD n'est pas admissible au programme des centres de jour.

---

[42] On fait ici référence au cadre de référence à la proposition québécoise de classification « processus de production du handicap » (FOUGEYROLLAS, P. ET AL., *Classification québécoise : Processus de production du handicap*, Réseau international sur le processus de production du handicap, Québec, 1998, 164 p.).

[43] D'ailleurs, dans un contexte de reddition de compte, les ressources investies auprès d'une clientèle autre que celle du réseau de services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement devront être comptabilisées dans d'autres programmes-services.

[44] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Chez soi : le premier choix, Politique de soutien à domicile*, Québec, 2003, 43 pages.

✓ **Présente une ou plusieurs incapacités**

- Ces incapacités limitent l'usager dans la réalisation de ses habitudes de vie.
- Les incapacités peuvent être motrices, cognitives, sensorielles ou faire suite à un problème de santé mentale (ex : dépression).

Soulignons que la clientèle âgée présentant un problème de santé mentale sévère et persistant diagnostiqué à l'âge adulte (ex : schizophrénie ou psychose maniaco-dépressive) est admissible au centre de jour dans la mesure où elle présente également une ou des incapacités à d'autres niveaux. Il en va de même pour la clientèle ayant une déficience intellectuelle.

✓ **Réside sur le territoire couvert par le centre de jour ou, s'il s'agit d'un centre de jour à vocation régionale, correspond à la clientèle-cible du centre de jour et réside dans la région de Montréal**[45].

Les centres de jour - Critères d'exclusion

Certaines clientèles ne peuvent ou ne doivent pas être admises en centre de jour compte tenu des objectifs poursuivis par ce programme. C'est le cas de la clientèle :

- Dont les besoins sont strictement d'ordre social ou récréatif et qui peuvent fréquenter les ressources de la communauté (voir section sur les objectifs du programme);
- Qui, malgré les interventions qui ont été effectuées à ce niveau, présente un comportement perturbateur tel qu'il compromet l'atteinte des objectifs du groupe et sa sécurité;
- Qui nécessite un encadrement selon un ratio 1/1 de façon continue.

Aucun autre motif ne devrait justifier le refus d'admettre un usager en centre de jour s'il rencontre les critères d'admissibilité. Par exemple, l'incontinence et le besoin d'assistance pour les transferts à la toilette ne devraient pas constituer des motifs d'exclusion d'un usager au centre de jour. Cependant, dans un contexte où les ressources sont limitées, certains centres de jour pourraient faire le choix de ne pas admettre la clientèle nécessitant l'assistance de deux personnes pour le transfert à la toilette ou celle requérant de l'aide à l'alimentation. Il apparaît toutefois souhaitable que ces décisions soient prises en procédant à une analyse cas par cas qui tiendrait compte d'un ensemble de facteurs, dont des impacts pour l'usager et sa famille de ne pas fréquenter le centre de jour.

[45] Sauf pour le centre de jour du CHSLD Juif qui rejoint également la clientèle de la région de Laval.

ANNEXE III

Les centres de jour de la région et leur territoire de desserte

[illegible]	[illegible]	[illegible] du CSLC desservi par le centre de jour	[illegible] centre de jour	[illegible]
Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger		Pierrefonds (excluant DDO, Roxboro et Pierrefonds Est)	1	Idem
Vigi Santé	CHSLD Dollard-des-Ormeaux	Dollard-des-Ormeaux, Roxboro et Pierrefonds Est	1	Idem
CLSC Lac Saint-Louis		Lac Saint-Louis sauf Pointe-Claire	1	Idem
CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval	Foyer Dorval	Dorval et Pointe-Claire	2	1-2
CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval	Centre d'accueil de Lachine	Du Vieux Lachine sauf Dorval	2	Idem
CHSLD-CLSC LaSalle	Centre d'accueil LaSalle	LaSalle	2	Idem
Centre d'accueil Louis Riel		Pointe Saint-Charles	3	Idem
CHSLD Champlain-Manoir de Verdun	Pavillon Manoir	Verdun/Côte Saint-Paul	3	Idem
Résidences Manoir-Désary	Pavillon St-Henri	Saint-Henri, Ville Émard, Côte Saint-Paul	3	Idem
Association montréalaise pour les aveugles	Résidence Gilman	Vocation régionale-déficience visuelle	4	région
Centre hospitalier Richardson	Centre d'accueil Henri-Bradet	NDG/Montréal-Ouest et clientèle anglophone de René-Cassin*	4	Idem
Centre d'accueil St. Margaret		Clientèle anglophone de CDN, René-Cassin* et Westmount	5	4-5
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Pavillon Alfred-Desrochers	Clientèle francophone de CDN et René-Cassin	5	4-5
CHSLD Jolf de Montréal	CA David & Sylvia Kastner	Vocation régionale-clientèle juive	5	région
CHSLD Nord de l'île	Pavillon St-Joseph de la Providence	Nord de l'île	6	Idem
CHSLD-CLSC Saint-Laurent		Saint-Laurent	6	Idem
Manoir Cartierville		Vocation régionale-déficience auditive	6	[illegible]
Résidence Angélica		Montréal-Nord	7	Idem
Résidence Berthiaume-du-Tremblay		Ahuntsic	7	Idem
CLSC-CHSLD La Petite Patrie	CHSLD Paul Gouin	La Petite Patrie	8	Idem
CHSLD Émilie Gamelin/Armand Lavigne	CHSLD Armand-Lavigne	Plateau Mont-Royal	9	Idem
CHSLD Émilie Gamelin/Armand Lavigne	CHSLD Émilie Gamelin	Des Faubourgs	9	Idem
CHSLD Centre-Ville de Montréal	Manoir de l'âge d'or	Saint-Louis du Par et Métro (sauf Westmount)	9	8-9
CHSLD Centre-Ville de Montréal	Résidence Saint-Charles Borromée	Des Faubourgs (Centre-ville)**	9	Idem
Hôpital Chinois de Montréal		Vocation régionale-communauté chinoise	9	région
CHSLD Les Havres	Havre les Quatres temps	Villeray, Saint-Michel, Parc Extension (sauf allophones)	10	8-9-10
Hôpital Santa Cabrini	Centre d'accueil Dante	Vocation régionale-clientèle italophone	10	région
CHSLD Louise Tassedale	Pavillon Étoria-Lepage	Olivier-Guimond, Hochelaga-Maisonneuve et Saint-Léonard	11	10-11
CLSC-CHSLD de Rosemont	Résidence Robert Cliche	De Rosemont	11	Idem
CHSLD Biermans-Trivet	Résidence Trivet	Mercier-Est/Anjou	12	Idem
CLSC Rivière-des-Prairies		Rivière-des-Prairies	12	Idem
CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est		Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est	12	Idem

* La clientèle anglophone non juive de René-Cassin est desservie aux centres de jour Henri-Bradet ou St. Margaret en fonction de son lieu de résidence.

** Le centre de jour fonctionne deux jours/semaine pour la clientèle âgée et trois jours/semaine pour la clientèle atteinte de sclérose en plaques.

À ces établissements s'ajoute le CLSC Parc Extension qui dispose d'un budget « centre de jour » avec lequel il offre des services de répit à la clientèle allophone de son territoire à raison de trois avant-midi par semaine.

ANNEXE III

Les centres de jour de la région et leur territoire de desserte

Établissements	Installations	Territoire de CSLC desservi ou clientèle-cible	CSSS du centre de jour	CSSS desservi par le centre de jour
Centre d'accueil Denis-Benjamin Viger		Pierrefonds (excluant DDO, Roxboro et Pierrefonds Est)	1	Idem
Vigi Santé	CHSLD Dollard-des-Ormeaux	Dollards-des-Ormeaux, Roxboro et Pierrefonds Est	1	Idem
CLSC Lac Saint-Louis		Lac Saint-Louis sauf Pointe-Claire	1	Idem
CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval	Foyer Dorval	Dorval et Pointe-Claire	2	1-2
CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval	Centre d'accueil de Lachine	Du Vieux Lachine sauf Dorval	2	Idem
CHSLD-CLSC LaSalle	Centre d'accueil LaSalle	LaSalle	2	Idem
Centre d'accueil Louis Riel		Pointe Saint-Charles	3	Idem
CHSLD Champlain-Manoir de Verdun	Pavillon Manoir	Verdun/Côte Saint-Paul	3	Idem
Résidences Manoe-Decary	Pavillon St-Henri	Saint-Henri, Ville Émard, Côte Saint-Paul	3	Idem
Association montréalaise pour les aveugles	Résidence Gilman	Vocation régionale-déficience visuelle	4	région
Centre hospitalier Richardson	Centre d'accueil Henri-Bradet	NDG/Montréal-Ouest et clientèle anglophone de René-Cassin*	4	Idem
Centre d'accueil St. Margaret		Clientèle anglophone de CDN, René-Cassin* et Westmount	5	4-5
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Pavillon Alfred-Desrochers	Clientèle francophone de CDN et René-Cassin	5	4-5
CHSLD Juif de Montréal	CA David & Sylvia Kastner	Vocation régionale-clientèle juive	5	région
CHSLD Nord de l'île	Pavillon St-Joseph de la Providence	Nord de l'île	6	Idem
CHSLD-CLSC Saint-Laurent		Saint-Laurent	6	Idem
Manoir Cartierville		Vocation régionale-déficience auditive	6	région
Résidence Angélica		Montréal-Nord	7	Idem
Résidence Berthiaume-du-Tremblay		Ahuntsic	7	Idem
CLSC-CHSLD La Petite Patrie	CHSLD Paul Gouin	La Petite Patrie	8	Idem
CHSLD Émilie Gamelin/Armand Lavigne	CHSLD Armand-Lavigne	Plateau Mont-Royal	9	Idem
CHSLD Émilie Gamelin/Armand Lavigne	CHSLD Emilie Gamelin	Des Faubourgs	9	Idem
CHSLD Centre-Ville de Montréal	Manoir de l'âge d'or	Saint-Louis du Par et Métro (sauf Westmount)	9	5-9
CHSLD Centre-Ville de Montréal	Résidence Saint-Charles Borromée	Des Faubourgs (Centre-ville)**	9	Idem
Hôpital Chinois de Montréal		Vocation régionale-communauté chinoise	9	région
CHSLD Les Havres	Havre les Quatres temps	Villeray, Saint-Michel, Parc Extension (sauf allophones)	10	5-8-10
Hôpital Santa Cabrini	Centre d'accueil Dante	Vocation régionale-clientèle italophone	10	région
CHSLD Lucille Teasdale	Pavillon Elona-Lepage	Olivier-Guimond, Hochelaga-Maisonneuve et Saint-Léonard	11	10-11
CLSC-CHSLD de Rosemont	Résidence Robert Cliche	De Rosemont	11	Idem
CHSLD Biermans-Triest	Résidence Triest	Mercier-Est/Anjou	12	Idem
CLSC Rivière-des-Prairies		Rivière-des-Prairies	12	Idem
CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est		Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est	12	Idem

* La clientèle anglophone non juive de René-Cassin est desservie aux centres de jour Henri-Bradet ou St. Margaret en fonction de son lieu de résidence.

** Le centre de jour fonctionne deux jours/semaine pour la clientèle âgée et trois jours/semaine pour la clientèle atteinte de sclérose en plaques.

A ces établissements s'ajoute le CLSC Parc Extension qui dispose d'un budget « centre de jour » avec lequel il offre des services de répit à la clientèle allophone de son territoire à raison de trois avant-midi par semaine.

ANNEXE IV

Les centres de jour à vocation régionale

✓ **La clientèle-cible**

Centres de jour	Clientèle-cible
CHSLD Manoir Cartierville	Déficience auditive
Association Montréalaise pour les aveugles	Déficience visuelle
CHSLD Juif	Clientèle juive de Montréal et Laval
Centre d'accueil Dante	Communauté italophone
Hôpital Chinois	Communauté chinoise

Outre les spécificités de ces centres de jour au plan de la clientèle qu'ils rejoignent et de leur territoire de desserte, ces derniers fonctionnent selon les mêmes paramètres que les autres centres de jour au plan notamment des objectifs poursuivis et de la clientèle à rejoindre.

▷ **Le centre de jour Roland-Major du Manoir Cartierville**

Ce centre de jour rejoint une clientèle âgée, qui présente une déficience auditive ***et qui s'exprime en langage gestuel***[46]. C'est donc dire que le centre de jour Rolland Major ne dessert pas, du moins directement, la clientèle âgée devenue malentendante. Cette dernière doit donc être accueillie par le centre de jour de son territoire de CLSC. Cependant, le centre de jour Rolland Major offre, en collaboration avec l'institut Raymond Dewar, un programme de soutien à ces centres afin qu'ils puissent adapter leurs services à la clientèle malentendante. Il est à noter que la clientèle de ce centre de jour n'est, la plupart du temps, pas référée par le CLSC.

▷ **Le centre de jour de l'Association Montréalaise pour les aveugles (MAB)**

Le MAB est un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle qui opère également un CHSLD et un centre de jour. Ce centre de jour est spécifiquement destiné à la clientèle présentant une déficience visuelle, c'est-à-dire aveugle légalement ou présentant une basse vision. Il est à noter que ce centre de jour peut aussi offrir, comme le centre Rolland Major, un support aux autres centres de jour qui accueillent une clientèle présentant une déficience visuelle. La clientèle de ce centre de jour n'est, la plupart du temps, pas référée par le CLSC.

[46] Ou oraliste qui s'identifie à la communauté sourde.

- Le centre de jour du Centre d'accueil Dante

  Le centre de jour du Centre d'accueil Dante rejoint une clientèle italophone. La majorité de cette clientèle ne parle ni français ni anglais et les services sont offerts en italien.

- Le centre de jour de l'Hôpital Chinois

  Ce centre de jour rejoint la clientèle d'origine chinoise. Il n'est en opération que deux jours par semaine.

- Le centre de jour du CHSLD Juif

  Ce centre de jour dessert la clientèle de religion juive.

Mentionnons de plus que le **centre de jour de la Résidence St-Charles Borromée** (CHSLD Centre-Ville) ne reçoit la clientèle âgée que deux journées par semaine. Les trois autres jours de la semaine, le centre de jour dessert une clientèle atteinte de sclérose en plaques qui peut provenir de l'ensemble de la région. Il s'agit donc d'un centre de jour à vocation régionale pour ces trois journées. Toutefois, compte tenu de la clientèle qu'il rejoint, il n'est pas considéré comme un programme du réseau intégré de services aux personnes âgées.

Finalement, soulignons que le **centre de jour du Foyer Dorval** (CHSLD Lachine, Nazaire Piché, Foyer Dorval) accepte, dans le cadre de son programme pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, des usagers résidant à l'extérieur de son territoire.

ANNEXE V

Les centres de jour - Portraits statistiques

Tableau 1 : Roulement de la demande

	Nombre d'usagers en 2001-2002	Nombre d'usagers en 2002-2003
Nombre de personnes inscrites au 1er avril	3 869	4 018
Inscriptions durant l'année	2 063	1 978
Nombre de personnes desservies durant l'année	5 932	5 996
Départ durant l'année	2 038	2 255
Attrition annuelle	34,4 %	37,6 %
Nombre de personnes inscrites au 31 mars	3 894	3 741

Tableau 2 : Source de référence

	2001-2002		2002-2003	
	Nombre	**%**	**Nombre**	**%**
CLSC	1 765	86,1 %	1 723	88,7 %
Hôpital de jour	99*	4,8 %	69	3,6 %
Médecin	10	0,1 %	5	0,3 %
Usagers	34	3,2 %	24	1,2 %
Autres	142**	6,9 %	122	6,3 %
Total	2 050	100 %	1 943	100 %

* Certains hôpitaux de jour vont faire une référence vers le centre de jour au même moment que la référence vers le CLSC afin d'accélérer la prise en charge de l'usager. C'est notamment le cas des hôpitaux de jour situés dans des établissements qui opèrent également un centre de jour.

** Les usagers provenant d'une source de référence autre sont en majorité ceux des centres de jour à vocation régionale.

Tableau 3 : Âge de la clientèle

	2001-2002		2002-2003	
	Nombre	**%**	**Nombre**	**%**
Moins de 65 ans	446	7,5 %	457	7,6 %
65 à 74 ans	1 383	23,3 %	1 348	22,5 %
75 à 84 ans	2 625	44,3 %	2 659	44,4 %
85 ans et plus	1 478	24,9 %	1 526	25,5 %
Total	5 932	100 %	5 990	100 %

Tableau 4 : Durées d'intervention

	2001-2002		2002-2003	
	Nombre	**%**	**Nombre**	**%**
0-3 mois	497	12,8 %	505	13,5 %
4-12 mois	905	23,2 %	814	21,8 %
13-24 mois	891	22,9 %	705	18,9 %
24 mois et +	1 601	41,1 %	1 717	45,9 %
Total	3 894	100 %	3 741	100 %

Tableau 5 : Fréquence des présences

	2001-2002		2002-2003	
	Nombre	**%**	**Nombre**	**%**
1 fois aux deux semaines	192	4,9 %	178	4,8 %
1 fois par semaine	2 311	59,5 %	2 297	61,4 %
2 fois par semaine	1 124	28,9 %	1 035	27,7 %
3 fois par semaine et plus	256	6,6 %	231	6,2 %
Total	3 883	100 %	3 741	100 %

Tableau 6 : Orientation de la clientèle au congé

	2001-2002		2002-2003	
	Nombre	**%**	**Nombre**	**%**
Domicile sans services	769	37,7 %	831	36,5 %
Domicile avec services	350	17,2 %	430	18,9 %
CH	161	7,9 %	144	6,3 %
CHSLD	338	16,6 %	368	16,2 %
RTF-RI	148	7,3 %	136	6,0 %
Autres	272	13,4 %	367	16,1 %
Total	2 038	100 %	2 276	100 %

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec